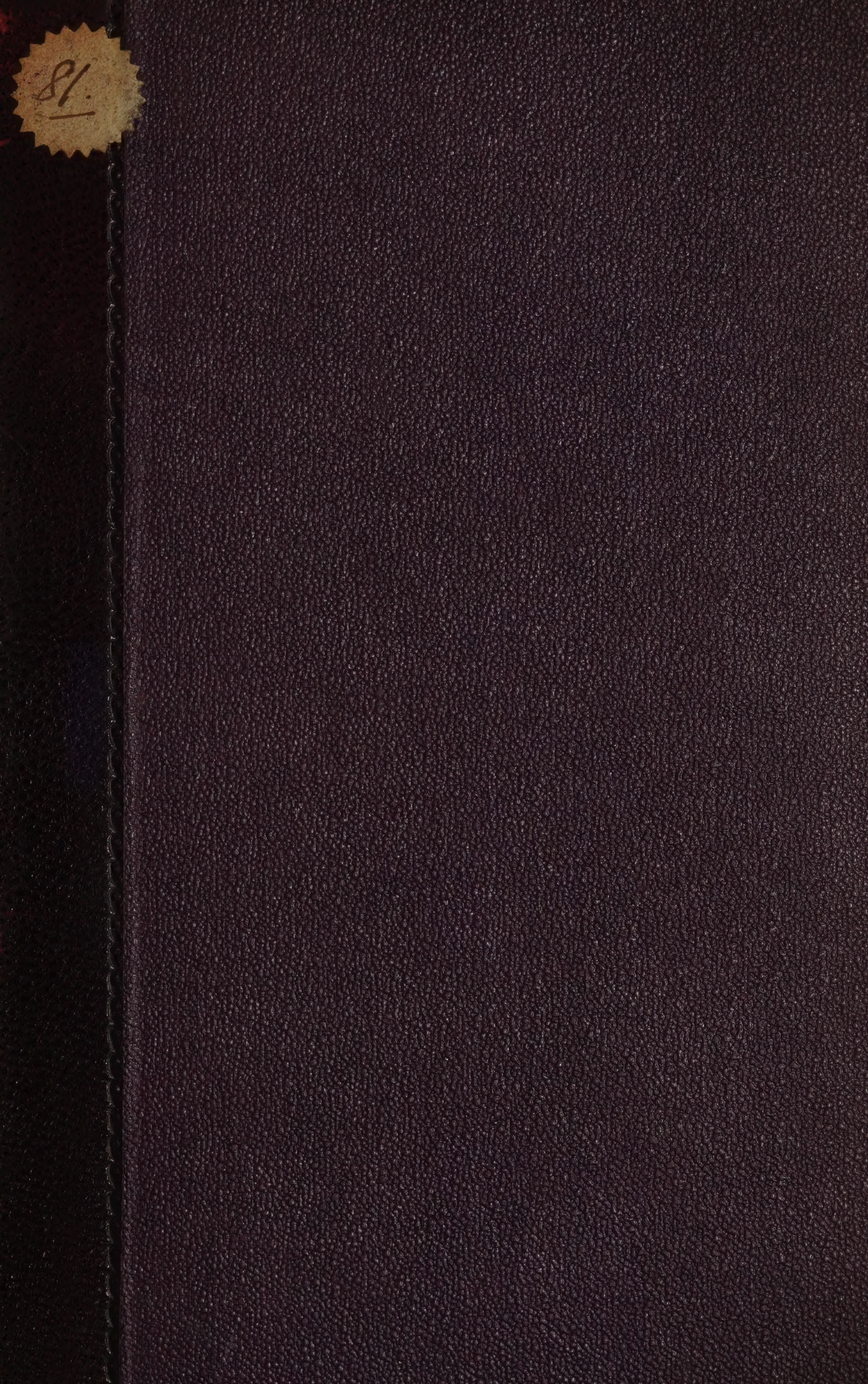

81.


22500450927





REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

DIX-SEPTIÈME ANNÉE

TOME XXXIV

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1889

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXXIV

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

MÉDECINE LÉGALE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES

REVUE GÉNÉRALE.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXXIV

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

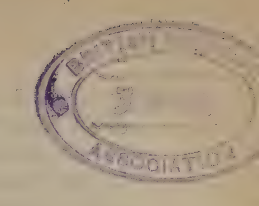
RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.



ANATOMIE.

La tela coroidea superiore e i ventricoli cerebrali dell'uomo (**La toile choroïdienne supérieure et les ventricules cérébraux chez l'homme**), par **P. LACHI** (*In*-8°, *p.* 93, *Pise*, 1888).

L'auteur s'est proposé d'étudier les cavités ventriculaires, leurs limites et leurs connexions avec la toile choroïdienne et ses formations, d'abord au point de vue macroscopique; puis, dans une deuxième partie, le développement du cerveau plus spécialement dans ses rapports avec la formation de la toile choroïdienne supérieure. Il examine enfin la disposition de ces replis dans différentes classes de vertébrés (chien, chat, bœuf, pigeon, grenouille, tortue, lézard, etc.). Ses conclusions principales sont les suivantes :

Les ventricules cérébraux ne communiquent entre eux que par les trous de Monro, et avec l'espace sous-arachnoïdien, que par le trou de Magendie. Il s'ensuit qu'il est inexact de dire que la toile choroïdienne pénètre dans les cavités cérébrales, parce qu'en s'exprimant ainsi on semble admettre une communication de la pie-mère avec l'intérieur de l'encéphale, de l'espace sous-arachnoïdien avec les espaces ventriculaires. Il est vrai qu'il existe des points au niveau desquels la paroi ventriculaire a gardé son maximum de minceur, c'est-à-dire n'est plus représentée que par l'épithélium épendymaire; mais ce dernier existe constamment, tantôt sous forme de cellules cylindriques, tantôt sous forme de cellules plates, et cela aussi bien chez l'embryon que chez l'adulte. En conséquence, à aucune époque du développement, ainsi que l'avait déjà démontré Hensen, les cavités cérébrales ne communiquent avec les espaces sous-arachnoïdiens.

La fente de Bichat a une extension beaucoup plus grande que celle qu'on lui assigne d'ordinaire. Elle a la forme d'un triangle dont le sommet répond au point de réflexion de l'épendyme du 3e ventricule sur les plexus choroïdes au niveau du trou de Monro. La toile choroïdienne est un repli de la pie-mère, qui, à partir du trou de Monro, se reflèchit sur

la face inférieure des hémisphères cérébraux, par suite de l'incurvation et du renversement en arrière et en bas de la vésicule cérébrale.

Les plexus choroïdes ne sont qu'une expansion de la toile choroïdienne. Le revêtement épithélial qui les tapisse est en continuité directe avec celui de la cavité ventriculaire et ne s'en distingue que par des changements dans la forme des cellules. D'ailleurs, il doit être considéré histogénétiquement comme la continuation de la paroi encéphalique primitive. A. NICOLAS.

Recherches sur le développement des éléments des couches corticales du cerveau et du cervelet chez l'homme et les mammifères, par VIGNAL (*Archiv. de physiologie*, 1er *octobre et* 15 *novembre* 1888).

Les cellules formant à l'origine les vésicules cérébrales ne tardent pas à perdre leur caractère épithélial, sauf à la partie tout à fait interne, pour devenir des cellules irrégulières à protoplasma assez développé, qui constituent la substance grise embryonnaire. Dans cette substance, il est impossible de reconnaître les cellules qui deviendront des cellules de la névroglie.

La substance grise embryonnaire continue à augmenter d'épaisseur jusqu'au cinquième mois de la vie utérine, sans changer de structure intime; cependant, dès le premier mois, la première couche de Meynert, ou couche fibrillaire, a fait son apparition, et entre le deuxième et le troisième mois, la substance blanche commence à se développer.

Au cinquième mois et demi, la couche des grandes cellules pyramidales fait son apparition au milieu des cellules de la substance grise embryonnaire; les cellules de cette couche, cependant, ne deviennent fort nettes qu'au huitième mois; les cellules de la seconde couche, ou couche des petites cellules pyramidales, ont apparu à la même époque.

Au neuvième mois apparaissent les cellules de la quatrième et de la cinquième couche; l'aspect du cerveau est le même que celui de l'adulte, sauf l'absence de fibres arquées.

Les cellules de la névroglie ne se différencient des cellules embryonnaires cérébrales que pendant le sixième mois; mais elles ne deviennent bien nettes que pendant le huitième.

Les éléments de la substance grise du cervelet subissent au début les mêmes transformations que ceux du cerveau. Au sixième mois, les cellules de Purkinje font leur apparition, et peut-être aussi les cellules de Denissenko. Au huitième mois, les cellules de Purkinje sont fort nettes, mais ne possèdent pas encore de prolongement cylindraxile. Enfin, au neuvième mois, le cervelet présente tout à fait l'aspect qu'il a dans l'âge adulte, sauf que la couche granuleuse externe est infiltrée à la partie supérieure par des cellules migratrices, et en ce qu'on n'y aperçoit point les petites cellules ganglionnaires situées à la base de cette couche. A. GILBERT.

Ueber die Nervenkörperchen des Menschen (Corpuscules nerveux de l'homme), par ADAMKIEWICZ (*Sitz. d. k. Ak. d. Wiss., Vienne, Band XCVII, Heft* 1-6, 1888).

L'auteur rappelle sa découverte, dans les nerfs périphériques de l'homme, de corpuscules spéciaux, ayant une forme en croissant sur la

la coupe transversale des nerfs et doués de réactions caractéristiques vis-à-vis de la safranine. Il se défend contre Benda que ces corpuscules ne soient que des « Mastzellen », et contre Vignal qu'ils puissent être dus à de simples coagulums. Ce sont des éléments spéciaux, des « corpuscules nerveux ». L'étude de leur situation et de leur distribution est des plus importantes. Ces corpuscules ne font jamais défaut dans les nerfs périphériques de l'homme, et seulement de l'homme adulte, comme Momidlowski l'a montré. Leur situation est la suivante : sur une coupe transversale de nerf on les voit accolés aux tubes nerveux en dehors desquels ils paraissent être situés, sous la forme d'une demi-lune ; en réalité ils sont situés dans l'intérieur même du tube, en dedans de la gaine de Schwann. Il ne faudrait pas conclure de leurs rapports intimes avec cette dernière que leur présence est liée à l'existence de la membrane de Schwann. Chez les jeunes sujets humains, en dépit de la présence de la gaine de Schwann, les tubes nerveux ne présentent pas de corpuscules. Il en est de même chez les nombreux animaux que l'auteur a examinés. De la sorte ces éléments paraissent propres à l'homme et à l'homme adulte.

Si les corpuscules nerveux sont une partie constitutive constante des nerfs, il faut se demander quelles sortes de tubes nerveux les possèdent, si ce sont les gros tubes ou les fins qui les présentent. On sait, en effet, qu'il y a lieu de distinguer entre gros et fins tubes nerveux, les premiers prévalant dans les racines antérieures des nerfs, les seconds dans les racines postérieures, les premiers existant dans les nerfs cérébraux moteurs, les seconds dans les nerfs cérébraux sensibles, les uns étant ainsi visiblement fonctionnellement différents les uns des autres. Des recherches de l'auteur il résulte que les nerfs mixtes, le vague, le glosso-pharyngien et le nerf sympathique, qui renferment à la fois des tubes de petit et de grand calibre, présentent des corpuscules nerveux, ceux-ci étant situés exclusivement dans les gros tubes. Les nerfs moteurs cérébraux, formés exclusivement de tubes à grand diamètre, contiennent beaucoup de corpuscules ; les nerfs cérébraux sensitifs, constitués de petits tubes, sont dépourvus de corpuscules. Les corpuscules nerveux sont donc des éléments propres aux gros tubes nerveux. A. PRENANT.

Ricerche anatomo-comparative sulla distribuzione delle arterie nella superficie encefalica di alcuni mammiferi, par Rutilio STADERINI (*Atti della R. Accademia dei Fisiocritici, Siena, série IV, vol.* 2 ; 1889).

Les résultats de ces recherches pratiquées chez la brebis, le cheval, le chien, le chat, le lapin et le singe sont les suivants : 1° Chez les singes et chez l'homme, l'artère cérébrale antérieure irrigue les deux circonvolutions olfactives, la portion interne de la circonvolution orbitaire, toute la face interne de l'hémisphère comprise au-devant de la scissure perpendiculaire interne, enfin non seulement la circonvolution frontale supérieure, mais encore environ la moitié de la frontale moyenne et toute la pariétale supérieure.

L'artère cérébrale moyenne s'étend sur tout le reste de la convexité de l'hémisphère, y compris la face externe et l'extrémité du lobe temporal ainsi que l'insula de Reil. Elle peut atteindre aussi, par un rameau terminal, la partie moyenne du lobe occipital.

La cérébrale postérieure fournit des branches à toute la surface du lobe temporo-occipital, à la face interne et à la face externe du lobe occipital.

2° Chez les autres animaux, la cérébrale antérieure se distribue à la plus grande partie du lobe olfactif (excepté seulement chez le cheval, chez lequel le tiers antérieur du lobe olfactif et une partie du lobe frontal sont nourris par le rameau cérébral de l'artère ophtalmique); à la portion de la surface du cerveau sur laquelle est appliquée l'extrémité antérieure de ce lobe; à la face interne de l'hémisphère (excepté en arrière sur une petite étendue), et enfin à la partie correspondante de la circonvolution sagittale.

Le territoire de la cérébrale moyenne comprend la partie inférieure et externe du lobe de l'hippocampe et toute la face externe de l'hémisphère, à l'exception de la circonvolution sagittale et de la portion la plus reculée de la convexité (pôle de l'hémisphère).

L'artère cérébrale postérieure donne des ramifications au bord interne du lobe de l'hippocampe, à toute la surface du cerveau qui est en contact avec la surface antéro-supérieure du cervelet, enfin à la partie la plus reculée de la face interne de l'hémisphère et au pôle postérieur de la convexité cérébrale. A. NICOLAS.

Ueber die Entwicklung der Medulla oblongata (Développement du bulbe), par HIS (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 19, *p.* 604, 1er *octobre* 1888).

Chez l'homme, à la fin du premier mois de la vie embryonnaire, la section transversale du bulbe est simplement dessinée; l'épaisse paroi latérale du tube s'organise en deux moitiés, ventrale et dorsale. A la limite de ces deux moitiés, au voisinage de la surface et entourée de cellules, on voit la racine ascendante du glossopharyngien et du pneumogastrique ou tractus solitaire.

Plus tard, la moitié dorsale de la paroi bulbaire se recourbe latéralement et les portions recourbées (lèvres rhomboïdales) se soudent avec la partie attenante. Alors de la lèvre rhomboïdale s'avance vers la ligne médiane un complexus de cellules, à volume croissant, qui embrasse le tractus solitaire. Ce dernier devient ainsi de plus en plus profond, de superficiel qu'il était à l'origine.

Les éléments du complexus de cellules qui s'avancent le plus en dedans vont aux olives et aux olives accessoires, tandis que leurs cylindres axes se dirigent vers le raphé.

L'entre-croisement des tractus de fibres et des couches de cellules existant primitivement, avec ceux qui s'y ajoutent secondairement, produit la structure compliquée définitive de cette région. J. B.

Centre cérébro-sensitif visuel chez le chien. L'entre-croisement incomplet des fibres nerveuses dans le chiasma optique chez le chien, par Alex. VITZOU (*Compt. rend. acad. des sciences*, 23 *juillet et* 17 *septembre* 1888).

Lorsqu'un seul lobe occipital est enlevé, le chien est atteint d'hémianopsie latérale homonyme, comprenant les trois quarts du champ visuel externe de la rétine de l'œil opposé à la lésion expérimentale et le quart externe de l'œil correspondant. Les fibres optiques ne s'entre-croisent

donc pas complètement dans le chiasma : la plus grande partie (les trois quarts environ) se porte du lobe occipital à l'œil du côté opposé, tandis qu'une faible partie va innerver directement, sans entre-croisement dans le chiasma, l'œil du côté correspondant. M. DUVAL.

La moltiplicazione cellulare nel tubo midollare, par Pilade LACHI (*Atti dell Accademia medico-chirurgica di Perugia, vol. I, fasc.* 1, 1889).

Dans cette communication préalable, l'auteur ne fait qu'indiquer une partie des résultats auxquels l'ont conduit des recherches sur l'histogénèse du système nerveux central. Il ne fait allusion qu'à la moelle de l'embryon du poulet.

La multiplication cellulaire dans le tube médullaire se fait par division indirecte, plus activement dans les lames latérales que dans la lame ventrale et surtout que dans la lame dorsale. Les figures karyokinétiques sont d'ailleurs limitées presque exclusivement à la couche interne limite. Leur axe est tangentiel à la paroi de la cavité épendymaire, parallèle par conséquent à son axe antéro-postérieur, et c'est ce qui explique pourquoi, les nouveaux éléments refoulant les anciens, tous prennent une direction radiée, pourquoi aussi le diamètre dorso-ventral du tube médullaire l'emporte rapidement sur le diamètre transverse. A. NICOLAS.

Ueber den oberen Kern des N. Oculomotorius (Sur le noyau supérieur du nerf oculo-moteur), par DARKSCHEWITSCH (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 1-2, 1889).

Précédemment, l'auteur avait déjà signalé (*Neurol. Centralblatt*, 1885 et 1886) un amas cellulaire nerveux dont il avait fait un noyau supérieur du nerf oculo-moteur. Il revient sur cette observation qu'il décrit avec plus de détails.

Dans le tubercule quadrijumeau supérieur, le long du plancher de l'aqueduc de Sylvius, règnent de chaque côté de la ligne médiane deux colonnes cellulaires dont l'une, plus élevée, représente le noyau supérieur du nerf oculo-moteur, tandis que l'autre, inférieure et située plus près de la ligne médiane que la précédente, correspond au noyau classique du nerf. Ces deux amas se distinguent, d'ailleurs, par la grosseur de leurs cellules, qui est beaucoup plus considérable dans le noyau inférieur. Tous deux sont en rapport, d'une part avec le cordon longitudinal postérieur, de l'autre avec les racines de l'oculo-moteur, dont la masse principale dérive du reste du noyau inférieur. Les connexions du noyau supérieur sont au moins de trois ordres : tout d'abord, le noyau en question est en rapport immédiat avec les fibres du cordon longitudinal postérieur; en second lieu, il est en connexion directe avec la glande pinéale au moyen des fibres les plus ventrales de la commissure cérébrale postérieure; il est, en troisième lieu, en rapport avec l'anse du noyau lenticulaire dont les fibres tirent en partie leur origine de ce noyau. A. PRENANT.

Ueber die Lymphcapillären der Chorioidea (Sur les capillaires lymphatiques de la choroïde), par ALEXANDER (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 1-2, 6 *p.*, 1 *pl.*, 1889).

Il est bien établi aujourd'hui que les capillaires lymphatiques se dé-

versent dans les vaisseaux lymphatiques; on connaît moins les voies d'écoulement des fentes du tissu conjonctif. Ces voies existent bien certainement, comme le prouve la facilité avec laquelle se résorbent les liquides injectés sous la peau. On ne peut cependant en démontrer l'existence par les procédés d'injection rétrograde; car, à moins d'employer une pression excessive, les interstices connectifs ne peuvent être injectés à partir des vaisseaux lymphatiques, sans doute parce que des dispositions valvulaires s'y opposent. En présence de ces difficultés, l'auteur s'est adressé à la méthode d'imprégnation par corrosion préconisée par Altmann en 1879, et a étudié la choroïde, où Altmann a fait déjà connaître l'existence d'un réseau capillaire lymphatique. Un tel réseau ne se présente que dans les yeux pourvus d'un tapis; dans ceux qui en sont privés, on ne trouve au lieu de capillaires que d'étroites fentes connectives. Si, dans un œil à tapis, on examine la région qui est dépourvue de cette membrane et qu'on la compare à celle où le tapis existe, on voit que, dans une zone de transition, les capillaires de la seconde région se continuent avec les fentes connectives de la première. Dans la région à tapis elle-même, ce n'est que chez le cheval, à cause de la minceur de la membrane, que l'auteur a pu voir les capillaires émettre des prolongements qui doivent représenter les origines des interstices lymphatiques creusés dans l'épaisseur des tissus. Ainsi, on peut montrer la communication des fentes connectives avec les capillaires lymphatiques et, par suite, avec les troncs. On ne peut savoir cependant si ces capillaires sont toujours l'intermédiaire nécessaire entre les fentes et les vaisseaux. A. PRENANT.

Recherches sur les premières phases du développement de l'œil chez le lapin, par VASSAUX (*Arch. d'ophtalm., VIII, n° 6, p.* 523).

Il résulte de ces recherches que la fente embryonnaire paraît se déplacer de dedans en dehors et que la cause de la rotation de la vésicule réside dans les inflexions de l'extrémité céphalique. La macula est bien dans l'emplacement de la soudure. La pédiculisation de la vésicule optique primitive n'est pas le fait d'un étranglement, elle paraît due à l'activité propre de ses cellules. Le début de l'invagination précède toujours l'apparition du cristallin : celui-ci n'a donc aucune influence mécanique sur le refoulement du feuillet distal. L'invagination paraît résulter de l'inégalité dans le développement des parties supérieure et inférieure de la vésicule, et surtout de l'épaississement du feuillet distal qui se développe par deux centres de multiplication cellulaire, très rapprochés l'un de l'autre et situés dans une direction diamétralement opposée à celle de la fente embryonnaire. F. DE LAPERSONNE.

Recherches sur la structure et l'histogénèse du corps vitré normal et pathologique, par P. HAENSELL (*Thèse de Paris,* 1888).

Le corps vitré a son origine dans deux parties différentes du mésoderme, dont l'une pénètre dans la vésicule oculaire secondaire avec le néo-cristallin pour donner naissance à la zonule de Zinn, tandis que l'autre s'enfonce dans la même vésicule avec l'anse capillaire. Cette seconde partie se transforme par la suite en artère hyaloïde, puis en canal

de Cloquet. C'est aussi d'elle que naît la membrane hyaloïde et la substance gélatineuse et transparente du vitréum.

Chez l'embryon, le corps vitré présente un véritable tissu conjonctif embryonnaire. Il est constitué par des cellules disposées en réseau et par un liquide cellulaire. Sa croissance se fait par division indirecte de ses cellules.

Pendant la période embryonnaire et aussi pendant les premiers quinze jours qui suivent la naissance, le protoplasma granuleux du corps étoilé de ces cellules et celui de ses prolongements se transforme en une substance solide et hyaline d'où naissent les parties suivantes : la substance intercellulaire de la membrane hyaloïde, la zonule de Zinn et enfin le système lamelleux et filamenteux qui, avec le liquide muco-albumineux, constitue la gélatine du corps vitré adulte. Du protoplasma granuleux il ne subsiste en quelques points que des filaments extrêmement fins.

Sous l'influence d'une irritation expérimentale ou pathologique, on voit grandir et se disposer en réseau les restes filamenteux des cellules qui ont servi au développement du vitréum. Des corpuscules brillants apparaissent aux points d'intersection, puis tout autour une véritable substance nucléaire qui donne finalement naissance au noyau. On observe aussi la formation d'un véritable protoplasme cellulaire engendrant des cellules embryonnaires, lesquelles peuvent, suivant le mode de développement, produire du tissu conjonctif fibrillaire ou de véritables corpuscules de pus, ou enfin par une sorte de restitution reproduire la substance hyaline du corps vitré.

Telles sont les conclusions de cette thèse. A. NICOLAS.

Die Entwickelungsvorgänge am hinteren Ende des Meerschweinchenembryo (Les processus de développement à l'extrémité postérieure de l'embryon du cochon d'Inde), par KEIBEL (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 5-6, 26 *pages*, 2 *pl.*, 1888).

1° L'extrémité antérieure de la ligne primitive ne montre pas d'ouverture dorsale du canal chordal.

2° Il existe, chez le cobaye comme chez le lapin (Kölliker et Strahl), le chien (Strahl) et la brebis (Bonnet, *R. S. M.*, XXXII, 413), un cordon ectoblastique siégeant à la partie postérieure de la ligne primitive, et verticalement dirigé. Strahl affirme que ce cordon n'est autre que la membrane anale, plus tard perforée pour donner lieu à l'anus. Keibel ne précise pas la destinée du cordon ectoblastique, et dit seulement que la situation du futur anus correspond à celle du cordon cellulaire en question. En tout cas, il est absolument certain que l'anus se développe aux dépens de la partie postérieure de la ligne primitive, tandis que la partie antérieure de ce dernier organe donne naissance au canal neurentérique ou à ses rudiments. De même, chez les amphibiens, la région postérieure du blastopore devient l'anus, tandis que la région antérieure fournit le canal neurentérique. C'est là une preuve péremptoire en faveur de l'homologie de la ligne primitive et du blastopore.

3° L'allantoïde débute par un bourgeon mésoblastique plein. Cependant, tel n'est pas, ainsi que l'ont prétendu Bischoff, Hensen et Selenka, l'état définitif de l'allantoïde chez le cobaye; car bientôt le bourgeon allan-

toïdien se creuse d'une cavité entodermique dilatée à son extrémité borgne ; l'existence de cette cavité allantoïdienne n'est d'ailleurs que passagère.

4° Keibel étudie le développement de la vessie urinaire.

5° Il examine les rapports de l'extrémité inférieure du canal de Wolff avec l'ectoderme, et montre l'extrémité distale du canal passant de la région dorsale à la région ventrale de l'embryon, pour venir s'accoler à la membrane anale et s'enclaver entre l'entoblaste et l'ectoblaste, après s'être ainsi enroulé autour de l'intestin caudal. A. PRENANT.

I. — Zur Frage über die Herkunft der Dotterkerne im Selachierei (Sur la question de l'origine des noyaux vitellins dans l'œuf des sélaciens), par KASTSCHENKO (*Anat. Anz.*, 1er *avril* 1888).

II. — Zur Entwicklungsgeschichte des Selachierembryos (Sur le développement de l'embryon des sélaciens), par LE MÊME (*Anat. Anz.*, 1er *juillet* 1888).

I. — Contrairement à la majorité des auteurs, qui pensent que les noyaux vitellins sont le résultat de la segmentation, l'auteur décrit et figure ces noyaux dans des œufs où il n'existe encore aucune trace de segmentation, et dans un œuf où un seul sillon existe. Les noyaux vitellins se distinguent d'ailleurs aisément des noyaux qui formeront le centre des sphères de segmentation par leur taille qui est moindre, et par leur situation qui est périphérique.

II. — L'auteur, dans cette nouvelle communication, distingue, en se fondant sur la forme extérieure, plusieurs stades dans le développement du germe des sélaciens, et établit la durée de ces différents stades. Il revient sur le fait annoncé précédemment, et maintient que la division du premier noyau de segmentation précède de beaucoup la segmentation du disque germinatif, et que dans ce disque, avant toute segmentation, existent plusieurs noyaux ; le disque représente de la sorte un plasmodium multinucléé, qui peu à peu se partage en cellules ; le processus marchant du centre vers la périphérie, un certain nombre de noyaux, ceux qui sont périphériques, échappent à l'englobement dans un territoire cellulaire, et constituent les noyaux vitellins. Le processus de segmentation marche en outre de la profondeur du disque vers la surface : dans l'intérieur du disque paraissent des vacuoles « vacuoles de segmentation » ; de chaque vacuole part un canal étroit et tortueux « canal de segmentation » qui gagne la surface du germe et vient à la rencontre d'une dépression « entonnoir de segmentation » de cette surface, s'ouvre dans cette dépression, communiquant ainsi avec l'extérieur ; finalement le canal se transforme en une fissure « fente de segmentation ». La segmentation, d'ailleurs, n'est nullement régulière, plusieurs fentes paraissent à la fois ; les segments découpés au centre du disque sont seulement plus grands que ceux de la périphérie. Il ne se fait d'abord que des sillons verticaux, de sorte que les sphères de segmentation sont en continuité par leur face profonde avec une masse protoplasmique nucléée ; ce n'est que plus tard que les sphères se séparent inférieurement par des sillons horizontaux, et que la segmentation intéressant la profondeur du germe lui donne plusieurs assises cellulaires. — La cavité de segmentation paraît ensuite ; elle est excentriquement placée à la partie postérieure

du germe qui ne la recouvre pas en entier; la portion postérieure de la cavité est en effet revêtue par une couche mince de vitellus. Plus tard seulement, le disque s'accroît en arrière et vient recouvrir la partie la plus reculée de la cavité de segmentation; la portion du disque ainsi surajoutée est celle qui plus tard formera l'embryon. — L'entoblaste se forme par l'invagination de la surface externe du disque, et nullement aux dépens des noyaux vitellins, comme l'a voulu Rückert. La gastrulation débute à la partie postérieure du germe, et c'est là seulement qu'elle prend de l'importance et constitue un intestin et un entoblaste primitifs; mais les bords latéraux et antérieur du germe n'échappent pas à la gastrulation, de telle sorte que l'on doit considérer la totalité de la périphérie du blastoderme comme représentant la lèvre blastoporique; seulement, en avant et sur les côtés, la gastrulation est rudimentaire. — Les parties dorso-externes de la cavité intestinale primitive forment de chaque côté une « gouttière mésoblastique »; l'extrémité antérieure de cette gouttière s'unit à sa congénère du côté opposé en une évagination impaire de l'intestin, l' « infundibulum terminal ». L'auteur décrit comment aux dépens de cette ébauche se développe le mésoblaste. — Il passe à la description de la formation de la chorde dorsale et de la gouttière primitive, cette dernière n'ayant rien à faire avec la production du mésoblaste, s'occupe ensuite du développement du tube médullaire et de l'intestin postérieur. — Il indique les changements extérieurs de forme qui correspondent à ces processus intérieurs. — Des expériences pratiquées sur l'embryon vivant lui permettent de rejeter la théorie de His, d'après laquelle l'embryon serait formé de deux moitiés primitivement séparées, qui viendraient se rencontrer et se souder sur la ligne médiane.

A la suite de ces données relatives aux premiers développements de l'embryon des sélaciens, l'auteur en fournit d'autres qui se rattachent à des stades plus avancés, et concernent les soi-disant « cavités céphaliques » de V. Wijhe, les rapports des fentes branchiales avec la métamérie du mésoblaste céphalique, les origines enfin du système nerveux périphérique. A. PRENANT.

Ueber eine eigenthümliche Kolbenform des Kernkörperchens (Sur une forme remarquable en massue du nucléole), par **LUKJANOW** (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXII*, *Heft* 3, 1888).

Il s'agit de nucléoles que l'auteur a observés pour la première fois chez la salamandre, mais qu'il a rencontrés aussi chez d'autres animaux et même chez l'homme, soit dans des tissus sains, soit dans des tissus pathologiques. La forme de ces nucléoles est celle d'une massue dont la partie effilée s'applique en s'élargissant sous la membrane d'enveloppe du noyau et semble s'ouvrir à cet endroit. Ces aspects paraissent être en rapport avec la formation des masses colorables que l'on trouve parfois étalées sur un point de la périphérie du noyau. Il semblerait que dans certains cas le nucléole est susceptible de perdre, par une sorte de liquéfaction avec expulsion au dehors, une partie des substances qui le constituent. A. NICOLAS.

Sur les myélocites des invertébrés, par Joannés CHATIN (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 10 *septembre* 1888).

L'étude de l'histologie des vertébrés pouvait encore laisser des doutes sur la nature des myélocytes ; chez les invertébrés on voit clairement que ces éléments ne sont pas des noyaux libres, mais de véritables cellules, dans lesquelles la partie protoplasmatique n'occupe qu'une étroite zone périphérique ; de plus, le myélocite s'affirme ici comme élément nerveux, et ses variations de formes correspondent à des variations semblables dans les cellules nerveuses voisines, c'est-à-dire que là où les myélocytes sont surtout unipolaires, les cellules nerveuses le sont également. M. DUVAL.

Embryologische Untersuchungen, par FLEISCHMANN. — Untersuchungen über einheimische Raubthiere (Recherches sur les carnivores indigènes) (86 *p. in*-4°, *avec* 5 *pl., Wiesbaden*, 1889).

Dans un premier chapitre, l'auteur, étudiant la forme des cellules de chacun des feuillets du blastoderme, s'attache à montrer qu'elle est pour chaque feuillet très variable, et ne saurait aucunement le caractériser.

Le développement du mésoderme fait l'objet d'un second chapitre. Il naît de l'ectoderme, au niveau de la ligne primitive ; quant au mésoblaste périphérique de Bonnet, il n'existe pas chez les carnivores.

En troisième lieu, l'auteur s'occupe du mode d'extension et de la différenciation du mésoderme. Le mésoderme fourni par l'extrémité postérieure de la ligne primitive ou « nœud caudal » s'étend beaucoup plus loin que celui qui émane du « nœud céphalique ou de Hensen », c'est-à-dire de l'extrémité antérieure de la ligne primitive. La fissuration du mésoderme et la formation cœlomique se font d'abord dans le mésoderme le plus éloigné de la ligne primitive, comme Bonnet l'a vu chez les ruminants. La fente cœlomique s'étend beaucoup en arrière dans la partie extra-embryonnaire du mésoderme. Mais en avant elle fait peu de progrès et se borne à entourer sous la forme d'une sorte de tube en fer à cheval les parties latérales et antérieure de la plaque médullaire ; c'est là ce qu'on appelle la « cavité péricéphalique », encore peu connue.

Dans le quatrième chapitre, consacré à l'amnios, Fleischmann, tout en combattant la théorie mécanique de la production de l'amnios développée par E. van Beneden et Julin, n'espère pas pouvoir trancher, à la lumière de ses seules observations, la question si difficile des causes de la genèse de l'amnios.

Cinquièmement, l'auteur s'occupe de la circulation embryonnaire. La circulation vitelline ne se fait pas suivant une direction bien déterminée, et les expressions de sang veineux et de sang artériel n'ont pas de sens précis ; aussi celles employées par Preyer, « sang cordifugal, sang cordipétal, » sont-elles préférables. Fleischmann étudie les conditions du développement du sinus terminal, qui manque chez les carnivores, et qui, lorsqu'il existe chez les mammifères, est un sinus artériel, charriant du sang cordifugal, au lieu que chez les sauropsidés c'est un sinus veineux, conduisant du sang cordipétal.

La formation du placenta fait l'objet du dernier chapitre. Dans cet exposé, trop spécial pour être suivi ici dans le détail, l'auteur reconnaît la participation des glandes utérines à la constitution du placenta, contrairement aux données d'Ercolani et de Turner.

Des considérations générales sur le placenta des mammifères terminent l'ouvrage. Un certain nombre de lois, gouvernant l'évolution de l'œuf des mammifères, y sont posées. Quand l'allantoïde est petite, le sac vitellin demeure considérable, et se rapetisse dans le cas contraire; l'accroissement de l'allantoïde et celui du sac vitellin sont donc incompatibles. La rapidité du développement de l'embryon et la grandeur de l'allantoïde sont dans un rapport inverse; c'est ce qu'exprime l'ancienne classification de H. Milne Edwards, reprise par l'auteur, où les mammifères sont divisés en Megallantoïdea (polyplacentaires, ruminants, à développement embryonnaire lent), Mesallantoïdea (zonoplacentaires, carnivores, à développement embryonnaire moyennement rapide), Micrallantoïdea (discoplacentaires, rongeurs, etc., à développement embryonnaire rapide). Il va de soi que de la grandeur de l'allantoïde dépend celle du placenta. La durée de la gestation, l'état anatomique des jeunes et leur nombre sont sous l'influence de ces divers facteurs. Ces considérations sont résumées dans un tableau démonstratif. A. PRENANT.

Beiträge zur Embryologie der Wiederkäuer, gewonnen am Schafei (Contributions à l'embryologie des ruminants, fournies par l'œuf de la brebis (*suite*), par **BONNET** (*Arch. für Anat. med. Phys.*, *An. Abth.*, *Heft* 1-2, 1889).

Dans le présent travail, qui fait suite à celui qu'il a publié déjà en 1884 dans les mêmes archives, Bonnet reproduit en partie les résultats qu'il a annoncés (Voir *R. S. M.*, XXXII, 413).

Il décrit d'abord une série d'embryons, continuant la série de ceux qu'il a étudiés antérieurement, il les répartit par périodes successives. Celle qu'il examine actuellement s'étend depuis l'apparition des premiers segments primitifs jusqu'à la formation des moignons, des extrémités; elle se subdivise en deux : *a*) depuis l'occlusion de l'amnios jusqu'à l'apparition de l'allantoïde à l'extérieur; *b*) depuis l'apparition de l'allantoïde. Dans cette dernière on peut faire encore deux subdivisions, et distinguer : 1° l'époque où l'allantoïde est disposée perpendiculairement au grand axe de l'œuf, et 2° celle où elle lui devient parallèle.

Bonnet s'occupe ensuite des enveloppes ovulaires. Il nie l'existence autour de la zone pellucide d'une membrane anhiste, secrétée par l'utérus, et affirme, contrairement à Coste, qu'autour de l'œuf segmenté la zone pellucide n'existe plus. L'amnios est relié à la vésicule séreuse (que l'auteur appelle chorion amniogène) par un pédicule ou « cordon ombilical de l'amnios » qui persiste assez longtemps, et d'abord creux devient ensuite plein en se couvrant de végétations. Il n'existe pas de proamnios. L'amnios renferme des vaisseaux, dans lesquels toutefois il ne circulera jamais de sang, et qui ne tarderont pas à s'oblitérer. La vésicule ombilicale ne perfore jamais, comme le croyait Coste, les extrémités de l'œuf; elle s'atrophie rapidement et devient un cordon plein qui se loge dans une rainure de l'allantoïde. L'enveloppe séreuse ou chorion amniogène, loin de disparaître, comme le pensait Bischoff, persiste jusqu'à la naissance, et en se soudant au feuillet vasculaire de

l'allantoïde constitue la couche la plus externe de l'allanto-chorion. De même que la vésicule séreuse pousse sur sa face externe des bourgeons épiblastiques, de même elle émet sur sa face interne des végétations connectives. Pour le développement de l'allantoïde, ses rapports avec le cœlome, la manière dont ce dernier se comporte dans la région postérieure de l'embryon, l'auteur reproduit ce qu'il a fait connaître déjà dans l'*Anat. Anz.* Viennent ensuite les changements de forme de l'allantoïde, la formation de l'allanto-chorion et des cotylédons. L'allantoïde ne perfore jamais, comme on l'a cru, les extrémités du chorion amniogène.

Dans un autre paragraphe intitulé plaque gastruléenne et gouttière gastruléenne (expressions substituées à celles de ligne et de gouttière primitives), l'auteur s'occupe du mésenchyme, qui ne représente pas selon lui un tissu doué de caractères spéciaux et d'aptitudes propres, mais un résidu cellulaire indifférent. Le mésenchyme peut être topographiquement distingué en axial et périphérique, sans que l'on puisse attribuer à ce dernier le rôle spécial de germe connectivo-sanguin. La formation du cœlome débute dans le mésenchyme périphérique, et résulte de la confluence en une seule cavité de lacunes isolées apparaissant d'une façon indépendante. Les segments primitifs, après avoir acquis une cavité, remplissent cette cavité d'éléments cellulaires formant ensemble le noyau du segment; puis les cellules mésenchymateuses qui forment la paroi du segment prennent un aspect épithélioïde. Les quatre premiers segments primitifs sont identiques aux segments occipitaux de Froriep. En dehors des segments primitifs, l'auteur montre comment se constituent les cavités pleuro-péricardique et péritonéale; cette dernière, pas plus que l'appareil excréteur, ne dépasse jamais en avant le troisième segment.

Bonnet, s'occupant de la différenciation ultérieure des segments primitifs, dit que les segments occipitaux se continuent directement par leur paroi et leur cavité avec l'espace pleuro-péricardique, au lieu que les somites situés derrière eux sont isolés de la cavité péritonéale, et sont constitués par un noyau mésenchymateux qu'entoure une enveloppe épithélioïde complète. Bientôt les parois externe et ventrale du segment se perforent, et l'on voit une masse mésenchymateuse s'échapper de tous côtés, faisant irruption entre les organes déjà constitués, et donnant naissance au mésenchyme axial. Le reste des parois externe et interne des segments forme ce que l'on peut appeler un « scléromyotome » qui se différencie ultérieurement en plaque myotomique ou musculaire d'une part et en mésenchyme dorsal ou plaque cutanée du dos d'autre part.

D'une façon générale, le mésenchyme est produit à la face profonde de l'épithélium péritonéal par une sorte de délamination de cet épithélium. Cette origine suffit à caractériser le mésenchyme.

Un long paragraphe est consacré à la formation de la chorde. La première indication de la formation ultérieure de la chorde consiste dans l'apparition du « prolongement céphalique » ouvert à l'extérieur en un « blastopore du prolongement céphalique ». Le prolongement céphalique forme la partie postérieure, de beaucoup la plus importante chez les mammifères, de la chorde, la partie antérieure de cet organe étant constituée par l'entoblaste axial. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tous les détails de sa description.

Pour terminer, Bonnet traite de la formation de l'anus, en reproduisant les données de sa précédente communication. A. PRENANT.

Beobachtungen an einer menschlichen Keimscheibe mit offener Medullarrinne und Canalis neurentericus (Observations sur un disque germinatif humain avec gouttière médullaire ouverte et canal neurentérique), par Graf SPEE (*Mitth. für den Verein Schlesw.-Holst. Aerzte*, 31 *juillet* 1888, *et Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth.*, 1889).

Spee décrit un nouvel embryon humain très jeune (il avait observé précédemment un embryon de 2,69); l'œuf, pourvu de villosités à deux assises cellulaires épithéliales, était enfermé dans une capsule qui l'enveloppait étroitement et à laquelle les villosités choriales étaient déjà fixées. Le disque germinatif, attaché au chorion par un « pédicule ventral », offrait une portion caudale infléchie à angle droit du côté ventral. Un peu au-devant de cette inflexion se trouve une saillie annulaire, correspondant, d'après sa situation, au « bouton de Hensen »; cette saillie entoure un orifice qui n'est autre que le canal neurentérique. En arrière de cette ouverture règne, sur la ligne médiane, une gouttière, la gouttière primitive. Il n'y a pas encore de protovertèbres. L'ébauche embryonnaire mesure, du pli amniotique antérieur jusqu'à son insertion choriale, 2 millimètres.

L'ectoblaste est formé, dans presque toute l'étendue du disque germinatif, par 3-4 assises de cellules; l'entoblaste revêt le sac vitellin d'une couche de cellules cubiques qui deviennent plates sous l'ébauche embryonnaire, et cylindriques au niveau et aux environs du canal neurentérique. L'ectoblaste et l'entoblaste se continuent l'un par l'autre à l'endroit du canal neurentérique; nulle part l'auteur n'a vu cette disposition aussi nettement que chez l'embryon humain en question. L'ectoblaste, conservant son épaisseur, forme la paroi du canal, puis s'infléchit en s'amincissant pour se continuer avec l'entoblaste; le mésoblaste n'a de connexions ni ecto- ni entoblastiques. L'entoblaste chordal est un prolongement antérieur direct de la paroi du canal neurentérique, de l'ectoblaste, par conséquent. A l'extrémité antérieure du tube digestif, on trouve à la place de l'entoblaste chordal deux lumières à revêtement épithélial que Spee considère comme dues à un dédoublement de la cavité chordale pareil à celui que Carius et lui ont observé à l'extrémité postérieure de la chorde chez le cobaye. L'ectoblaste et l'entoblaste étant partout séparés, sauf au niveau de l'entoblaste chordal, par du mésoblaste, il n'existe pas de proamnios au sens de van Beneden et Julin. La ligne primitive très courte se prolonge quelque peu sur le « pédicule ventral ». Nulle part, sauf sur le sac vitellin, ne se trouvent de tubes endothéliaux vasculaires. Cet embryon, de par son âge, peut prendre rang entre les embryons XLIV et VI de His.

Certaines dispositions très particulières ont suggéré à l'auteur l'idée que l'œuf humain pourrait être rapproché de par son développement des œufs où les feuillets sont invertis. Parmi les particularités qui sont communes à l'un et aux autres, il mentionne : la grande étendue de la fente mésodermique — la petitesse du sac vitellin par rapport au chorion, faisant penser que l'œuf était très petit quand la fente cœlomique s'est produite — l'occlusion précoce de l'amnios — l'épaisseur de l'ectoblaste embryonnaire. A. PRENANT.

Die Befruchtungsvorgänge bei Ascaris melagocephala (Les phénomènes de fécondation chez l'Ascaris megalocephala, par KULTSCHITZKY (*Arch. für mikr. Anat., Band XXI, Heft* 4, 1888, 26 *pages,* 2 *pl.*)

Après Nussbaum, E. van Beneden, Carnoy, Zacharias, van Gehuchten, Boveri, l'auteur étudie les phénomènes de la maturation et de la fécondation chez l'ascaride du cheval. Relativement à l'expulsion des globules polaires, il croit qu'elle représente une véritable karyokinèse (contre Boveri et v. Gehuchten), parce qu'il a observé le phénomène qui la caractérise le mieux : la division longitudinale des segments chromatiques. — Le spermatozoïde, parvenu au centre de l'œuf, lors de l'expulsion du deuxième globule polaire, est animé de mouvements amiboïdes, et émet des prolongements protoplasmiques qui peuvent se détacher; il en résulte une diminution de la masse de son protoplasma.

Les changements que subit le noyau du zoosperme peuvent consister en une fragmentation de sa chromatine en granules qui se disséminent en partie dans le protoplasma, et lui communiquent à ce moment (fait observé déjà par van Beneden) la propriété de se colorer; toute la chromatine n'est donc pas employée à la formation du pronucleus mâle. Le protoplasma ne tarde pas d'ailleurs à se séparer du noyau, si bien que ce dernier se trouve en contact immédiat avec le protoplasma ovulaire. — A propos de la formation et de la structure des pronuclei, Kultschitzky fait observer qu'ils sont munis d'un nucléole et représentent, par conséquent, des noyaux définitifs au repos. Il se présente des cas où il existe trois pronuclei (le spermatozoïde avait deux noyaux); il en est d'autres, que l'auteur interprète tout autrement que Zacharias, où l'on n'en trouve qu'un seul.

Une fois les pronuclei formés, il s'écoule un certain temps jusqu'à ce que le développement continue ; les œufs demeurent tels qu'ils viennent d'être décrits, si on ne fait pas intervenir une température de 35-38° C. A ce prix, on observe le processus karyokinétique dont les pronuclei sont le siège, et que l'auteur décrit, en y ajoutant quelques faits nouveaux, insistant sur la signification des « sphères attractives » de van Beneden. Jamais les pronuclei ne se sont confondus, comme l'affirme Zacharias. Par suite, Kultschitzky adopte sur la fécondation la théorie de van Beneden et rejette celle d'Hertwig. Cependant, pour lui, l'acte de la fécondation ne consiste pas essentiellement dans le remplacement par une partie du spermatozoïde de la substance que la vésicule germinative a perdue. Il réside plutôt dans le processus par lequel le noyau spermatique cesse d'être pour l'œuf un corps étranger et devient partie intégrante de l'œuf. Le phénomène de la fécondation est donc terminé dès que le pronucleus mâle est constitué ; c'est alors qu'après un temps d'arrêt signalé plus haut la segmentation commence. A. PRENANT.

Zur Characteristik des lebenden Pflanzenprotoplasmas (Caractéristique du protoplasme vivant des plantes), par Th. BOKORNY (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLV, p.* 199).

L'auteur invite les physiologistes à répéter sur les cellules animales quelques-unes des constatations qu'il a faites sur le protoplasme d'un certain nombre de plantes. Il a vu que sous l'influence de solutions alca-

lines très étendues le protoplasme est rendu plus dense, c'est-à-dire plus riche en albuminoïdes et plus pauvre en eau. Des solutions d'ammoniaque au 1/10,000 suffisent à produire cet état que Bokorny, après Ch. Darwin, appelle *aggrégation* et qui se caractérise par la contraction du protaplasma total, la contraction de la paroi des vacuoles, la formation de granulations albumineuses dans le liquide vacuolaire, sans que la vitalité de la cellule soit compromise. A. DASTRE.

Sulla produzione delle piastrine nel sangue dei vertebrati ovipari (Sur la production des plaquettes dans le sang des vertébrés ovipares), par C. MONDINO et L. SALA (*In*-4°, *Palermo*, 1888).

Chez la grenouille, les plaquettes se reproduisent avec activité par scission indirecte. Telle est la conclusion générale de l'intéressant mémoire de Mondino et Sala. La méthode suivie par ces auteurs consiste à anémier fortement des grenouilles en leur amputant un membre, puis à examiner ensuite leur sang convenablement fixé (violet de méthyle et acide osmique), à des intervalles de temps déterminés.

Dans le premier jour qui suit la saignée on constate dans le sang une augmentation considérable de leucocytes de toutes les variétés. Ce phénomène semble devoir être attribué non pas à une néoformation de ces éléments, mais plutôt à la rentrée dans le torrent circulatoire de ceux qui sont disséminés dans les différents organes.

A la fin du deuxième jour, et mieux encore du troisième, on commence à trouver une grande quantité de plaquettes en voie de division. Les différents stades figurés dans une planche annexée au travail diffèrent notablement des stades karyokinétiques classiques. C'est ainsi que les filaments nucléaires ne s'agencent pas en plaque équatoriale, mais se disposent seulement plus ou moins parallèlement au grand axe de l'élément et selon leur longueur, dans le voisinage de la région équatoriale. Dans la phase suivante, les filaments se transportent de part et d'autre vers les pôles de la cellule, abandonnant ainsi peu à peu la région équatoriale qui n'est plus traversée que par quelques filaments unissant les nouveaux noyaux, mais ceux-ci ne prennent pas d'abord la forme stellaire et restent toujours pelotonnés.

A partir du cinquième jour, les formes de scission indirecte deviennent de plus en plus rares. A. NICOLAS.

Les noyaux des cellules musculaires striées de la grenouille adulte, par van GEHUCHTEN (*Anat. Anzeiger*, n° 2, 1889).

L'auteur cherche à résoudre les deux questions suivantes :

1° Existe-t-il à l'entour des noyaux une partie de protoplasme non différencié, reste du protoplasme primitif, tel que l'admet Max Schultze, et tel que cela est représenté dans la plupart des traités classiques ?

2° En dehors des nucléoles décrits par les auteurs, ne trouve-t-on pas, dans ces noyaux, une partie chromatique ou nucléinienne ?

A la première question van Gehuchten fait la réponse suivante : Les traînées granuleuses, décrites comme reste protoplasmique de la cellule musculaire, que l'on trouve aux deux pôles du noyau, auxquelles Kölliker a imposé la dénomination de « granulations interstitielles » en les considérant comme un troisième élément de la fibre musculaire, sont le résultat

d'une altération pathologique du muscle, altération qui porte spécialement sur l'élément actif dans la contraction, c'est-à-dire le réticulum plastinien de la cellule musculaire. Dans les fibres musculaires non altérées et dépourvues de granulations interstitielles, on ne trouve pas trace de protoplasme autour des noyaux; c'est ce qu'E. Weber avait déjà constaté.

Répondant à la deuxième question qu'il s'est posée, l'auteur affirme, conformément à ce que, dans un travail précédent, il avait déjà avancé (Voir *R. S. M.*, XXXI, 407), qu'en dehors des nucléoles il existe dans les noyaux musculaires de la grenouille une partie nucléinienne ou chromatique qui s'y présente sous la forme d'un filament unique, enroulé en spirale et tapissant la face interne de la membrane nucléaire. A. PRENANT.

Zur Morphologie der Tastballen der Saügethiere (Sur la morphologie des pelotes tactiles des mammifères), par **KLAATSCH** (*Morph. Jahrbuch, Band XIV, Heft* 3).

Le système de lignes, qui distingue le creux de la main et la plante des autres parties du revêtement cutané de l'homme, a depuis longtemps attiré l'attention. Il s'agit ici de décider à quel endroit de la série des mammifères paraissent ces formations linéaires, véritables différenciations de la surface tactile, et de savoir si elles se montrent tout d'abord limitées à certains points, ou bien uniformément réparties sur la superficie de la paume.

On sait que, le plus souvent, la paume et la plante des mammifères présentent des élevures dermiques, de forme généralement mamelonnée, que l'on a appelées « pelotes » (Ballen). Les pelotes ont été classées par Kollmann; Klaatsch les distingue, d'après leur situation, en : pelotes unguéales ou terminales, pelotes métacarpo (tarso)-phalangiennes, pelotes radiale ou tibiale, cubitale ou péronière. Les pelotes occupent la totalité de la paume ou de la plante, ou bien elles demeurent écartées les unes des autres par des « surfaces tactiles intermédiaires ». Les pelotes portent des prolongements, les papilles, entre lesquels s'ouvrent les glandes sudoripares. Les papilles ou bien n'offrent aucun arrangement régulier, ou bien sont disposées par groupes en forme de mamelons, ou bien sont réparties suivant des surfaces planes parfaitement délimitées, ou bien enfin elles se disposent en séries et forment des crêtes. Les pelotes tactiles qui portent des papilles disposées en séries linéaires en forme de crêtes peuvent être considérées comme les plus hautement organisées.

En parcourant la série des mammifères, dans le but de découvrir la première apparition des systèmes linéaires de papilles, on voit que c'est chez les marsupiaux, mais seulement chez certains d'entre eux, qu'existe le schéma de la paume et de la plante des primates et de l'homme, et que c'est là que les lignes tactiles paraissent pour la première fois. Si chez l'Halmaturus on observe un état mamelonné très primitif, et rappelant la disposition plus simple encore qui existe chez les monotrèmes, chez le Dasyurus, on trouve des pelotes (terminales, métacarpo (tarso)-phalangiennes, radiale et cubitale) qui, sur leur partie la plus convexe, présentent un « champ linéaire » de forme variable, c'est-à-dire une surface parcourue par des lignes en crêtes. Tout autour de ces champs

linéaires, la pelote tactile porte des mamelons. L'examen microscopique des champs linéaires du Dasyurus fait voir que les rapports des crêtes dermiques et épidermiques, et des glandes sudoripares avec ces crêtes sont absolument ceux que Blaschko (XXXII, 408) a fait connaître pour la peau humaine. Nous avons donc bien ici le début des systèmes linéaires de la peau des primates. Chez le Dasyurus, les champs linéaires sont limités aux points qui sont dans le contact le plus intime avec les objets à saisir et qui supportent les pressions, c'est-à-dire au sommet des pelotes. De ces points très circonscrits, la formation linéaire envahit peu à peu toute la pelote, repoussant devant elle le système des mamelons qui seul existaitt out d'abord (Didelphys). Enfin, chez le Phalangista, les « surfaces intermédiaires » sont, elles aussi, occupées par des systèmes linéaires. En même temps, à la surface du sommet des pelotes, les lignes s'enroulent, forment des arcs, des cercles, des tourbillons.

Les prosimiens, les primates et l'homme nous présentent les différents stades du perfectionnement des champs linéaires, parus chez les Marsupiaux. L'auteur décrit la paume des primates et de l'homme.

Les carnivores et les rongeurs sont en dehors de cette série qui, commencée avec certains marsupiaux, aboutit à l'homme. Ils présentent des dispositions aberrantes et primitives.

La ressemblance dans le relief des surfaces tactiles que nous offrent les marsupiaux, les singes et l'homme, tient-elle à la parenté des espèces et atteste-t-elle les rapports phylogénétiques de ces groupes? N'est-elle, au contraire, que le résultat d'une même adaptation à des conditions identiques pour la paume et la plante de ces animaux? C'est ce que l'auteur ne décidera pas. L'exemple des singes hurleurs, présentant dans la concavité de leur queue prenante tout un système linéaire, montre l'influence de l'adaptation, et fait voir la localisation avec perfectionnement du sens tactile en des endroits de prédilection. Le développement des systèmes linéaires suivant une série continue, depuis les marsupiaux jusqu'à l'homme, fait supposer, contrairement à Kollmann, que le perfectionnement tactile a suivi l'ordre phylogénétique.

A. PRENANT.

Contribution à l'étude du corps thyroïde, par DEFAUCAMBERGE (*Thèse de Paris*, 1889).

Le corps thyroïde n'est pas un organe lymphoïde formé de vésicules closes, mais une glande dont le développement est semblable à celui des glandes en grappe. Il est constitué par une série de lobules primitifs, séparés les uns des autres par des travées de tissu conjonctif. Les lobules primitifs se décomposent en lobules secondaires, constitués par des acini. Les acini d'un même lobule communiquent entre eux, mais par suite de l'oblitération des canaux collecteurs ceux des lobules voisins ne communiquent pas entre eux. Le contenu des acini est constitué par un liquide filant, véritable mucus, renfermant des granulations, des corpuscules hyalins très réfringents, des débris de cellules, et surtout des noyaux de cellules désagrégées. Ces détritus cellulaires s'accumulent d'abord dans le canal collecteur du lobule, puis, peu à peu, envahissent les différents acini. La substance colloïde se produit aux dépens des noyaux des cellules désagrégées. A. C.

Beitrag zu der Structur und Function der Schilddrüse (Sur la structure et la fonction du corps thyroïde), par **BIONDI** (*Berlin. klin. Woch.*, n° 47, *p.* 934, 19 *novembre* 1888).

Biondi a étudié la structure du corps thyroïde chez des amphibies, des oiseaux et des mammifères. Chez tous ces animaux, le tissu conjonctif qui entoure les acini se fait remarquer par sa grande richesse en espaces lymphatiques. Le contenu, presque homogène des acini, n'est pas, comme on l'a cru, le résultat de la destruction des cellules épithéliales ou du sang; c'est un produit de l'activité cellulaire, ainsi qu'en témoigne déjà le fait qu'on retrouve la même substance sous forme de petits globules dans le protoplasma des cellules épithéliales. Cette sécrétion a des propriétés microchimiques très nettes. Blanc jaunâtre et homogène à l'état frais, elle prend, en présence des divers agents colorants, une teinte distincte et une structure finement granuleuse; l'hématoxyline la bleuit, l'acide osmique la noircit, etc. C'est l'accumulation continue de cette sécrétion à l'intérieur des acini qui augmente leur volume, lequel est très varié. Les plus petits acini offrent une cavité à peine visible sur les coupes et seulement 3 ou 4 cellules épithéliales à leur périphérie. Les plus volumineux, situés généralement à la périphérie de la glande, immédiatement au-dessous de la capsule et en d'autres points où la trame conjonctive renferme de grands espaces lymphatiques, ont une cavité considérable et jusqu'à 150 cellules épithéliales à leur périphérie.

L'accroissement des acini a cependant des limites. Lorsqu'il est parvenu à un certain volume, on note, du côté où l'acinus est voisin d'un espace lymphatique, l'altération suivante de l'épithélium. Ces cellules épithéliales, après s'être aplaties et affaissées, disparaissent, tandis que les autres cellules épithéliales de l'acinus ne subissent aucune modification. A l'endroit où l'acinus n'est plus bordé d'épithélium, son contenu se déverse dans l'espace lymphatique. L'acinus ainsi vidé s'affaisse, et il reste à sa place de nombreux petits acini qui en proviennent. Si l'on examine maintenant les espaces lymphatiques, particulièrement au centre de la glande, on les trouve distendus par la substance ci-dessus, doués des mêmes propriétés microchimiques.

Il semble donc résulter de ces recherches, que l'élément spécifique du corps thyroïde, représenté par ses cellules épithéliales, produit une sécrétion spéciale, qui s'accumule d'abord à l'intérieur des acini, puis les fait éclater et se déverse alors dans le système lymphatique.

Dans la discussion, Virchow, qui a examiné les préparations de Biondi, confirme ce que ce dernier a dit. (*R. S. M.*, II, 10; XI, 8; Creswell-Baber y signale déjà l'analogie du contenu des vésicules et des vaisseaux lymphatiques). J. B.

Ueber den mecanischen Verschluss der Ductus Arteriosus (Sur l'occlusion mécanique du canal artériel), par **F. SCHANZ** (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLIV*, *p.* 239).

Beaucoup d'auteurs se sont préoccupés de savoir comment se fermait le canal artériel de Botal. Schanz rappelle les opinions de Trew (1736), Haller, Kilian (1826), Chevers (1845), Virchow, Kivisch (1851), Cruveilhier, Rokitansky (1852), Langer (1857), Walkoff (1869), Schultze

(1871.) Pour l'auteur de ce travail, l'une des extrémités du canal de Botal est fixe, c'est celle qui s'ouvre dans l'aorte ; l'autre est libre et peut obéir aux tractions exercées sur elle. Une traction de ce genre est précisément exercée par les artères pulmonaires et le péricarde qui s'attachent précisément à ce bout libre. Quand la respiration s'établit, les artères pulmonaires se déplacent, se soulèvent au-dessus de la colonne vertébrale avec le hile du poumon, et se portent au milieu du thorax. L'abaissement du diaphragme attire le péricarde en bas, et le soulèvement du sternum le pousse en avant. Le concours de ces trois facteurs change la direction du canal artériel et entraîne un tiraillement de ce conduit dont la conséquence est son occlusion finale. Chez l'enfant de 8 à 14 jours, il a la forme d'un sablier. A. D.

Sur la constitution lobulaire du foie et les voies de la circulation sanguine intra-hépatique, par BRISSAUD et SABOURIN (*C. R. Soc. Biologie*, 17 *novembre* 1888).

Le foie du porc ne doit pas être choisi comme type au point de vue de la description microscopique; c'est un type exceptionnel, et presque accidentel, chez les mammifères. La veine porte, dans le cas général, peut être, aussi bien que la veine sus-hépatique, considérée comme le centre du lobule. Celui-ci, centré différemment, mérite le nom de lobule biliaire ou de lobule-porte, par opposition à l'autre, celui qu'on a désigné jusqu'à présent sous le nom de lobule hépatique. Chez le phoque, le centre des lobules est occupé non par une veine sus-hépatique, mais par une veine porte avec son accompagnement obligé de ramifications artérielles et biliaires ; les veines sus-hépatiques se trouvent à la périphérie. Chez cet animal, la circulation peut s'effectuer directement du système porte au système sus-hépatique, sans que les capillaires y prennent part.

P. L.

Ueber die Entstehung der Excretionsorgane bei Selachiern (Sur l'origine et la formation des organes d'excrétion chez les sélaciens), par **RÜCKERT** (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 2-4, 73 *pages*, 3 *pl.*, 1888).

Dans la portion antérieure du tronc vers le 3e et le 4e somite se forme, aux dépens du mésoblaste de la somatopleure, et d'avant en arrière une masse cellulaire qui affecte la forme d'un bourrelet, le « bourrelet segmentaire »; s'unissant transitoirement avec l'ectoblaste, le bourrelet reçoit vraisemblablement de ce feuillet quelques cellules. Le bourrelet segmentaire ne consiste pas en un pli longitudinal continu du mésoblaste, mais bien en un certain nombre de cordons cellulaires métamérisés. Chaque cordon part de la partie distale du pourtour d'un segment primitif, s'étend en arrière jusqu'à la hauteur du segment primitif suivant, et vient à ce niveau se confondre avec l'ectoblaste. Quand plus tard les cordons cellulaires se creusent, on a des « canalicules segmentaires » qui, naissant de la portion ventrale et distale de la protovertèbre correspondante, paraissent des diverticules de celle-ci, à trajet rétrograde. Quand ensuite les portions ventrales des somites, par les progrès de la dilatation de la région voisine de la cavité péritonéale, sont pour ainsi dire absorbées dans cette dernière, les canalicules seg-

mentaires arrivent à s'ouvrir dans une région du cœlome qui n'est pas segmentée.

La destinée de ces formations n'est pas la même dans la partie proximale et dans la partie distale du bourrelet segmentaire. La moitié proximale (3 canalicules segmentaires) subit une complète régression qui se fait d'avant en arrière. Dans l'autre moitié, les canalicules se séparent en partie du mésoblaste, tandis que par leurs extrémités périphériques, opposées à la cavité péritonéale, ils se réunissent; il se forme de la sorte un canal qui communique avec la cavité du corps par plusieurs ouvertures placées les unes derrière les autres.

Cette disposition répond tout à fait à l'ébauche d'un pronephros; on doit considérer comme telle la totalité du bourrelet segmentaire, bien que ce bourrelet, dans sa partie proximale, ne parvienne pas à un développement ultérieur.

La portion distale de l'ébauche du pronephros subit, elle aussi, bientôt de profondes modifications. Elle s'isole du mésoblaste, ce processus marchant d'arrière en avant, si bien qu'il ne persiste plus qu'une communication péritonéale. Celle-ci, qui répond à peu près au milieu de l'ébauche totale de pronephros, demeure une ouverture tubaire, tandis que la portion postérieure de l'ébauche, dès lors indépendante, devient la partie proximale du conduit excréteur du rein primitif. Quant à la portion distale du même conduit, elle est en même temps le canal du pronephros; elle est due à la progression dans le sens caudal de l'extrémité distale du pronephros, et c'est de l'ectoblaste que par délamination naît son matériel cellulaire. Le canal du pronephros va buter par son extrémité caudale contre le cloaque dans lequel il ne se trouve que beaucoup plus tard.

Le rein primitif pas plus que le pronephros ne dérive d'invaginations métamérisées de la partie non métamérisée du mésoblaste, mais naît lui aussi des segments mésoblastiques, et de la façon suivante : On sait que la région dorsale de chaque somite, en raison des éléments anatomiques qu'elle fournira, peut être appelée un « scléro-myotome ». La région ventrale du somite, conservant ses relations avec la paroi péritonéale, se sépare d'autre part de la région dorsale et représente ainsi l'ébauche d'un canalicule du mésonephros, elle est donc un « nephrotome ». Les canaux du rein primitif paraissent d'abord à l'extrémité proximale du pronephros; de là leur développement se propage en arrière jusqu'à l'extrémité cloacale du canal du rein primitif. Seulement les canalicules qui occupent la région du pronephros ne tardent pas à s'atrophier.

La plus grande partie de l'ébauche des glandes germinatives se formant dans la portion ventrale du néphrotome, il convient de désigner cette portion du somite, qui donne naissance au système urogénital tout entier du nom de « gono-nephrotome ».

L'auteur termine par d'importantes considérations sur la comparaison des systèmes du pronephros et de mésonephros, avec le système excréteur des annelides. L'union, par lui constatée, du système du pronephros avec l'ectoblaste, peut être considérée avec Van Wijhe comme la récapitulation ontogénétique d'une ouverture du système d'excrétion à l'extérieur, ouverture que devaient présenter les ancêtres des vertébrés. Le pronephros des premiers vertébrés, formé de canalicules réellement seg-

mentaires s'ouvrant à l'extérieur, peut être comparé au système excréteur des annelides. Il n'en est pas de même du mésonephros qui ne pourrait être l'objet d'une telle comparaison et représente plutôt une formation secondairement acquise. A. PRENANT.

Du plexus et des ganglions propres du diaphragme, par S. PANSINI (*Il Progresso medico, juin et juillet* 1888).

Le tronc du nerf phrénique et ses nombreuses branches nerveuses sont constitués non par des fibres nerveuses marchant parallèlement les unes aux autres, mais par des faisceaux qui s'imbriquent plus ou moins complètement entre eux. Le nerf phrénique forme sur la moitié correspondante du diaphragme un plexus très compliqué auquel viennent se joindre des rameaux provenant des trois derniers nerfs intercostaux et que l'on peut diviser en trois plexus : antérieur, latéral, postérieur. Dans ce plexus, et particulièrement dans sa partie postérieure, existent des ganglions propres ou intrinsèques, dont la présence indique l'existence d'un certain automatisme fonctionnel du diaphragme attesté aussi par certains faits cliniques et expérimentaux. Sur un grand nombre des nerfs des vertébrés, on constate quelques étranglements ou nœuds formés par le névrilème; on voit aussi sur les nerfs, et particulièrement sur les rameaux du phrénique, des tuméfactions dues à l'accumulation de myéline dans les fibres nerveuses. GEORGES THIBIERGE.

Sur le mode de distribution et de terminaison des fibres nerveuses dans l'utérus de quelques mammifères, par L. BORDÉ (*La Riforma medica*, 26 *mars* 1888).

L'auteur a fait ses recherches en injectant dans l'aorte de l'animal vivant (taupe, lapine) une solution aqueuse concentrée de bleu de méthylène et fixant la coloration avec le picrate d'ammoniaque. Il a trouvé immédiatement au-dessous du péritoine un réseau plexiforme à larges mailles, occupant divers plans, et formé de grosses fibres pâles, qui s'entre-croisent dans divers sens, puis se rendent dans la couche des fibres musculaires, en se divisant dichotomiquement ; les rameaux ainsi formés occupent les interstices des fibres musculaires, forment un réseau plus compact de fibres de divers calibres; à la base de la muqueuse, ce réseau donne naissance à de minces fibrilles qui, par places, se groupent de façon à constituer de petites taches rétiformes très élégantes, réunies par un petit nombre de fibrilles. Il ne semble pas que les fibres nerveuses pénètrent dans la muqueuse. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die ersten Vorgänge der Ablagerung des Zahnschmelzes (Sur les premiers phénomènes du dépôt de l'émail dentaire, par Graf SPEE (*Anat. Anz.*, n° 4, 1887).

L'auteur confirme les données de Waldeyer sur la production de l'émail sous forme de tubes; ces tubes s'allongent peu à peu du côté de la pulpe en se remplissant de substance adamantine et finissent par constituer des colonnettes pleines. L'émail jeune réduit l'acide osmique sans être constitué de graisse ni de glycogène.

Les cellules de l'émail se font remarquer par leur aspect grossière-

ment granuleux, déjà indiqué par Annel; les grains offrent les mêmes réactions que l'émail jeune, et représentent, par conséquent, de la substance adamantine à son début; ils existent surtout dans la partie de la cellule qui est tournée vers la pulpe et s'accumulent particulièrement à la périphérie de la cellule où ils deviennent confluents et forment un tube. Ainsi l'émail, avant de former une masse continue, est sécrété sous forme de grains à l'intérieur de la cellule.

D'autre part, Spee a observé entre les cellules ordinaires de l'émail des éléments grêles que l'acide osmique colore en brun ou en noir, et qui, sous une coupe transversale de l'émail, se montrent sous la forme de figures étoilées, simulant une substance intercellulaire. A. PRENANT.

Urwirbel und Neugliederung der Wirbelsaüle (Protovertèbres et constitution secondaire de la colonne vertébrale), par v. EBNER (*Sitz. d. k. Ak. der Wiss.*, *Vienne Band XCVII*, *Heft* 7-10, 1888).

L'étude du développement des protovertèbres et de la formation de la colonne vertébrale à leur dépens fournit à Ebner de nouveaux arguments en faveur de la théorie de Remak. D'après cette théorie, on le sait, les protovertèbres ne correspondent nullement aux vertèbres définitives; mais des protovertèbres dérivent d'abord les muscles intervertébraux, tandis que les vertèbres et les ligaments intervertébraux proviennent d'un processus de segmentation secondaire frappant les noyaux protovertébraux; à chaque protovertèbre correspondraient ainsi plus tard la moitié postérieure d'une vertèbre, un ligament intervertébral et la moitié antérieure de la vertèbre suivante.

Des coupes du tronc de l'embryon de couleuvre sont instructives à cet égard. Elles montrent les plaques musculaires, résultat de la différenciation des protovertèbres, formées de deux couches dont l'interne est déjà devenue musculaire, comprenant entre elles une cavité linéaire qui est le vestige de la cavité protovertébrale. En dedans des protovertèbres se trouve un tissu conjonctif embryonnaire qui offre une double segmentation : vis-à-vis la limite de deux protovertèbres se trouvent des lacunes de nature vasculaire qui segmentent le tissu; en regard du milieu de chaque protovertèbre existe une fente très étroite qui produit une seconde segmentation. La fente en question correspond à l'intervalle de deux vertèbres; on peut l'appeler fente intervertébrale; elle est la première indication du ligament intervertébral.

Si l'on recherche l'origine de cette fente, on peut voir quelle est la continuation de la cavité protovertébrale située entre les deux couches musculaires, dont elle est un prolongement. En étudiant des protovertèbres encore très jeunes, on trouve qu'elle se développe dans le noyau protovertébral qui dérive d'une sorte de bourgeonnement de la paroi interne de la protovertèbre, et qui prend plus tard la constitution d'un tissu conjonctif; la fente intervertébrale, d'abord indépendante au sein du noyau protovertébral, se met ensuite en relation avec la cavité de la protovertèbre dont elle paraît alors être un prolongement. A. PRENANT.

Nuove osservazioni sulle ossa interparietali e preinterparietali, par **G. CHIARUGI** (*Atti della R. Accademia dei Fisiocritici*, *Siena*, *série IV, vol.* 1).

L'auteur figure et décrit un crâne de fœtus dans lequel les éléments normaux et accessoires de l'écaille de l'occipital se montrent tous distincts et d'une manière pour ainsi dire schématique, à savoir, indépendamment du basi-occipital et des exoccipitaux: les segment sus-occipital, les interpariétaux et les pré-interpariétaux, incomplètement soudés sur la ligne médiane et distincts des interpariétaux. Suivent quelques considérations sur l'importance de cette disposition anormale et sur l'appui qu'elle vient apporter aux idées exprimées par Chiarugi dans son premier mémoire (1885), enfin sur le rapport qui paraît exister entre la présence de ces pré-interpariétaux et la persistance de la suture médio-frontale. Ces deux phénomènes pourraient être attribués à une cause unique, à l'insuffisance, absolue ou relative, du processus d'ossification, rendant nécessaire l'apparition de noyaux osseux accessoires destinés à compléter l'ossification de la voûte cranienne. A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

Zur Physiologie des Vogelgehirns (**Contribution à la physiologie du cerveau des oiseaux**), par **M. SCHRADER** (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *XLIV*, *p.* 175).

La première partie de ce mémoire est un exposé historique et critique très complet des travaux et expériences sur ce sujet. Dans la seconde partie, S. montre comment le problème des fonctions des hémisphères s'est transformé, en ce qui concerne les oiseaux, depuis la découverte des centres moteurs. C'est ici la question des centres visuels qui remplaçait celle des centres moteurs. Cette question est restée indécise. L'auteur se propose de la reprendre et de décider si, oui ou non, les oiseaux privés de cerveau voient encore, et dans le cas de l'affirmative, de déterminer la nature et l'étendue de leurs impressions visuelles. Il a opéré sur des pigeons et a obtenu la survie 14 fois sur 100. Il a observé des mouvements spontanés, déterminés par les impressions visuelles; des mouvements régularisés par les impressions tactiles et capables de compenser toutes les modifications d'équilibre. Il examine ensuite si les oiseaux dépourvus de cerveau peuvent se nourrir eux-mêmes. Il conclut qu'il en est réellement ainsi : les causes qui empêchent habituellement l'animal de prendre sa nourriture ne résident ni dans un affaiblissement sensoriel, ni dans l'annihilation de l'intelligence, mais elles se rattachent à des troubles de l'innervation motrice. Deux pigeons qui avaient subi l'ablation des hémisphères, roucoulaient encore et présentaient toutes les manifestations et les manèges de la recherche sexuelle. A. D.

Beiträge zur Hœmodynamik. Untersuchungen über die Innervation der Hirngefässe (Contributions à la dynamique du sang. Recherches sur l'innervation des vaisseaux cérébraux), par HÜRTHLE (*Archiv für die gesammte Phys., Band XLIV, p.* 561).

Schulten (1884) a publié une critique des procédés en usage pour l'étude de la circulation cérébrale, à savoir : l'inspection directe des vaisseaux de la pie-mère, l'observation des changements de volume du cerveau, la mesure de la pression intra-cranienne, la mesure de la pression et de la vitesse du sang dans ces vaisseaux. — L'auteur propose un autre procédé consistant à mesurer la pression en deux points d'une artère afférente et il fixe les conditions dans lesquelles cette méthode pourra donner des indications exactes. — Il applique ce procédé en mesurant la pression dans l'aorte et dans le cercle de Willis : on y arrive en sectionnant la carotide commune et en mettant des canules manométriques dans le bout central et dans le bout périphérique, après avoir lié la carotide externe. On prend aussi simultanément une pression veineuse : chez le chat, dans la veine jugulaire interne ; chez le chien, dans la jugulaire externe, après ligature des branches qui ne viennent point du cerveau. Ces différents points exigent une vérification par autopsie. L'auteur rappelle les diverses opinions émises, quant à l'influence du sympathique sur les vaisseaux du cerveau, celle de Nothnagel, Ackermann (1858) concluant à une action tonique de ce nerf, tandis que Callenfels (1855), Schulten (1884), Gœrtner et Wagner (1887) n'ont point réussi à manifester cette action. Chez 7 lapins et 3 chats, Hürthle n'observe aucun changement dans la pression du cercle de Willis, après section du sympathique cervical. L'excitation du sympathique cervical a montré un resserrement vasculaire du cerveau à Nothnagel et à Callenfels, une augmentation de la pression artérielle à Schulten; elle a donné des résultats négatifs à Schultz (1866), Riegel, Jolly, Cramer, Gaertner, Wagner et Knoll (1886). Les expériences de Hürthle montrent la réalité de cette action constrictive. Cependant il y a des variétés, et le nombre ainsi que le trajet des filets sympathiques dans le cordon cervical, paraît variable.

Chez le lapin, la section du vague ne produit pas d'effets vaso-moteurs sur le cerveau; l'excitation du bout central donne des résultats variables. En somme, le vague du lapin ne paraît pas contenir de vaso-moteurs pour le cerveau. Chez le chien, résultats variables. La composition du vague, quant aux filets vaso-moteurs pour la dépression et la surpression, est très inconstante.

Le nerf dépresseur du lapin ne paraît pas non plus exercer d'action déterminée sur les vaisseaux cérébraux. L'état asphyxique ou dyspnéique provoque, d'après la plupart des physiologistes, une réplétion des vaisseaux cérébraux : les expériences de Hürthle aboutissent à la même conclusion.

L'excitation des nerfs sensitifs n'a déterminé aucun changement dans la circulation cérébrale.

De même l'action de la morphine est nulle. Le chloroforme a un effet dilatateur : de même le nitrite d'amyle; dans l'empoisonnement par le

gaz d'éclairage il y a anémie cérébrale. Avec l'oxyde de carbone, il y a hyperémie.

La plupart des physiologistes admettent que, en dépit des anastomoses, il y a une certaine indépendance entre les deux moitiés du cerveau : c'est la conclusion de Kusmaul et Tenner (1857), Cramer, Schulten, Dogiel, Jolly. Hürthle voit dans le réseau périphérique d'une carotide, chez le lapin, le chat, le chien la pression s'abaisser lorsqu'on lie l'autre carotide. L'indépendance n'est donc pas réelle ou absolue. Il y a dilatation vasculaire produite par la ligature carotidienne. Dans un court appendice, l'auteur contredit les opinions exprimées par Arloing dans son travail sur les rapports de la vitesse et de la pression du sang. A. DASTRE.

Versuche über die Folgen der Durchsneidung... (Recherches sur les conséquences de la section des faisceaux d'association dans le cerveau du chien), par S. EXNER et P. PANETH (*Archiv für die gesammte Physiol., XLIV, p.* 544).

Paneth a étudié l'effet des excitations électriques sur les régions motrices de l'écorce en circonscrivant ces régions par des sections perpendiculaires, lesquelles ne laissaient plus subsister les relations de la région séquestrée avec les autres par les fibres d'association. Les auteurs rappellent des expériences analogues de Marique (1888). Le résultat de ces opérations est le même que si l'on enlevait complètement les parties ainsi séquestrées. Les conséquences ultérieures sont encore les mêmes : la partie séquestrée s'atrophie ; des destructions s'observent dans les parties voisines, et des dégénérations descendantes dans les faisceaux blancs sous-jacents. Une partie des phénomènes est due au traumatisme, l'autre à la destruction des faisceaux d'association.

A. D.

Beiträge zur Lehre vom Kreislauf der Kaltblüter (Contribution à l'étude de la circulation chez les animaux à sang froid), par F. HOFMEISTER (*Archiv für die gesammte Physiol., XLIV, p.* 360, 1889).

Mémoire étendu où sont traités les sujets suivants : Pression du sang et oscillation du pouls dans les conditions normales. Nombre de pulsations. Valeur de la pression, pression moyenne. Variétés du pouls de l'aorte abdominale, de l'artère crurale, de l'arc aortique. Changement de la courbe du pouls sous l'influence du degré de réplétion des vaisseaux. Hémorragies. Transfusion de la solution physiologique. Activité arythmique du cœur. Influence des courants sensitifs, réchauffement. La dernière partie est consacrée à l'étude de l'influence de l'excitation du vague sur l'activité du cœur : effets accélérateurs et effets modérateurs. A. D.

Modifications qui se produisent dans la composition du sang sous l'influence d'actions nerveuses, par MALASSEZ (*C. R. Soc. Biologie, 23 février* 1889).

L'auteur rappelle ses recherches de 1873 montrant que les sangs capillaire et veineux de la peau sont plus riches en globules rouges que le sang artériel dont ils proviennent. Cette augmentation du nombre s'atténue quand on sectionne les vaso-moteurs de la région, quand on les paralyse : elle s'exagère quand on les excite ; la chaleur et le froid

produisent des effets analogues. Il se passe probablement là des phénomènes de concentration du liquide sanguin par passage à travers les fins vaisseaux. Ces faits expliquent peut-être les résultats des recherches de Féré sur la circulation des hystériques. PAUL LOYE.

Die Bedeutung des Pulses für den Blutstrom (Importance des pulsations pour la circulation du sang), par Gustave HAMEL (*Zeitschr. für Biologie*, *VII*, *p.* 474, 1888).

On sait que la vitesse d'écoulement d'une solution physiologique de chlorure de sodium que l'on fait circuler artificiellement sous pression constante dans les vaisseaux, ne reste pas constante : cette vitesse décroit assez rapidement et peut tomber au bout de peu temps à o. L'auteur confirme ce fait par des expériences nombreuses de transfusion de solution physiologique pure ou mélangée de sérum ou de sang, qu'il injecte sous pression constante par l'aorte abdominale dans l'arrière-train de la grenouille.

Si au contraire il intercale entre l'aorte de l'animal et le réservoir de Mariotte qui contient le liquide sous pression, un robinet qui s'ouvre et se ferme automatiquement à intervalles périodiques égaux, les résultats de l'expérience sont entièrement différents. Dès que les afflux deviennent intermittents, la vitesse d'écoulement reste à peu près constante. On n'observe plus non plus l'œdème qui se montre régulièrement dans les expériences d'afflux permanent sous pression forte.

L'auteur répète ensuite quelques expériences sur la grenouille entière, expériences de transfusion de solution physiologique montrant que l'action intermittente des pulsations naturelles du cœur est équivalente au point de vue de la facilité de circulation du liquide dans le système aortique à l'action de la pression du flacon de Mariotte interrompue rythmiquement par le robinet de l'appareil automatique.

L'auteur admet que les alternances d'extension et de relâchement des parois artérielles et l'espèce de massage mécanique qui en résulte, agit favorablement sur la nutrition des éléments vivants et est indispensable à la conservation de l'élasticité de la paroi vasculaire. LÉON FREDERICQ.

Die Gase des Peptonblutes (Les gaz du sang peptonisé), par LAHOUSSE (*Archiv für Anat. u. Physiologie*, *phys. Abth.*, *p.* 77, 1889).

La proportion de CO^2 du sang artériel baisse de près de moitié chez le chien, immédiatement après l'injection de peptone dans les veines. La proportion d'oxygène augmente légèrement. Ces changements se montrent encore une ou deux heures après l'injection de peptone.

La température de l'animal, mesurée dans le rectum et dans le cœur droit, montre plutôt une légère tendance à l'augmentation.

L'auteur trouve comme Fano que CO^2 amène la coagulation du sang peptonisé. Il explique par cette propriété du CO^2 la formation des petits caillots sur les éclaboussures de sang produites à la face interne de la paroi de verre de la pompe à mercure. L. F.

Recherches expérimentales sur la reproduction des matières albuminoïdes du sang, par STORUP (*C. R. Soc. Biologie*, 28 *avril* 1888).

Les peptones absorbées dans l'intestin sont-elles transformées en ma-

tières albuminoïdes coagulables du sang (sérine, globuline, fibrine) ou bien sont-elles transformées en matières azotées non albuminoïdes ? Torup fait une saignée abondante à un animal, et il examine comment s'opère la régénération des albuminoïdes du sang après qu'il a remplacé le liquide sanguin écoulé par un égal volume d'eau salée à 7 0/00. Il constate, au bout de quelques jours, que le chien étant laissé en inanition, les matières albuminoïdes ont augmenté dans le sang depuis la saignée. L'augmentation porte surtout sur les globules rouges ; mais elle se manifeste aussi à l'égard de la sérine et de la fibrine. Ainsi, en dehors de toute introduction de peptones dans le sang, ce liquide peut reconstituer ses matières albuminoïdes. PAUL LOYE.

De quelle manière le pneumogastrique modifie-t-il le rythme respiratoire quand la pression intra-pulmonaire augmente ou diminue? par A. STEFANI et C. SIGHICELLI (*Lo Sperimentale, juillet* 1888).

Chez les animaux, une légère augmentation de la pression intra-pulmonaire sans distension des poumons provoque par voie réflexe, par l'intermédiaire des pneumogastriques, un arrêt respiratoire, puis une inspiration. Une augmentation plus considérable avec distension des poumons provoque une expiration, une pause expiratoire et une inspiration, parfois une lente inspiration ou une lente expiration, ou une pause suivie d'inspiration, ou une expiration suivie d'une pause. Une diminution de la pression intra-pulmonaire produit une profonde inspiration thoracique, si rapide et si énergique que la raréfaction de l'air contenu dans les poumons fait sentir ses effets mécaniques sur le thorax.

En clinique, dans les cas de rétrécissement des canaux aériens, il y a au début de l'expiration une augmentation notable de la pression intra-pulmonaire, à cause de l'obstacle à la sortie de l'air, et il en résulte, comme dans les expériences physiologiques ci-dessus, une expiration profonde suivie d'une longue pause, puis d'une inspiration; dans ces cas, la profondeur des mouvements respiratoires résulte encore de la raréfaction de l'air au moment de l'inspiration, par suite de la gêne à son entrée, raréfaction qui produit une augmentation d'amplitude des mouvements respiratoires. Au contraire, quand les canaux aériens sont libres et que le champ respiratoire est diminué, les modifications de la pression aux deux temps de la respiration sont moins considérables qu'à l'état normal, et par suite l'inspiration et l'expiration sont moins profondes, la pause expiratoire fait défaut, parce que l'augmentation de pression qui la détermine ne se produit pas. GEORGES THIBIERGE.

Influence du balancement sur les mouvements de la respiration et sur la position des viscères, par DASTRE et PAMPOUKIS (*Archiv. de physiologie, 1er octobre* 1888).

1° Pendant le renversement lent de l'animal (chien), l'énergie des puissances inspiratrices est accrue ; le diaphragme conserve un certain degré de contraction permanente. L'organisme exerce ainsi une sorte de réaction qui lutte contre la diminution d'amplitude respiratoire que le changement de position tend à produire.

2° Cette réaction est passagère. Quand la situation renversée est maintenue quelque temps, l'inspiration thoracique subit une diminution défini-

tive. La contraction du diaphragme persiste plus longtemps tout en s'atténuant.

3° Dans le balancement rythmique, le rythme artificiel s'impose aux puissances inspiratoires du thorax et remplace le rythme normal. Des modifications secondaires se montrent dans la forme et la durée des respirations.

4° Le fait le plus digne d'attention qui résulte du balancement rythmé est une discordance des mouvements du thorax et de ceux du diaphragme. Les respirations thoracique et abdominale ne s'harmonisent plus. Les contractions du diaphragme sont allongées et retardataires ; le muscle ne revient pas au repos complet habituel.

5° Les expériences exécutées chez le lapin manifestent l'extrême mobilité de la masse viscérale et l'influence considérable que cette mobilité exerce sur la respiration. Le balancement peut avoir pour effet de substituer à la respiration normale active, une sorte de respiration artificielle, passive, due aux mouvements de va-et-vient de la masse viscérale.

6° La comparaison des tracés de balancement chez l'animal vivant et chez le cadavre, montre que les déplacements des viscères sont plus faciles vers le thorax que vers le bassin. Le diaphragme, dans la période de renversement, obéit sans interruption à la pression de la masse intestinale ; dans la période de relèvement, au contraire, la paroi abdominale ne reçoit que tardivement cette pression sous forme d'un choc brusque. Chez le vivant, la brusquerie de cette secousse est précisément évitée par la contraction constante du diaphragme.

7° La compression abdominale est beaucoup plus inefficace qu'on ne pourrait le supposer a priori, pour limiter l'excursion de la masse intestinale et pour diminuer les secousses contre la cloison diaphragmatique.

A. GILBERT.

Effets respiratoires et troubles mortels amenés par les excitations centrifuges du nerf vague, par LAULANIÉ (*C. R. Soc. Biologie*, 9 *février* 1889).

Les excitations centrifuges du nerf vague produisent, chez le chien, des troubles respiratoires avec anxiété douloureuse pendant l'arrêt du cœur et ralentissement secondaire de la respiration au retour des battements cardiaques. Des troubles plus graves viennent ensuite : ils aboutissent à une prostration rapidement mortelle. Tous ces désordres sont sous la dépendance de l'arrêt du cœur, arrêt qui amène des troubles dans l'irrigation sanguine et qui provoque ainsi des altérations des cellules nerveuses.

PAUL LOYE.

Ueber die Respiration nach Injection von Pepton und Blutegelinfus und über die Bedeutung einzelner Organe für die Gerinnbarkeit des Blutes (Sur la respiration après injection de peptone ou d'infusion de sangsue et sur l'influence des différents organes sur la coagulation du sang), par Christian BOHR (*Centralblatt für Physiologie*, *p*. 261, 1888).

Chez l'animal empoisonné par une injection de peptone, il y a une diminution énorme de la proportion de CO^2 exalée par la respiration, et une diminution moindre de la quantité d'oxygène absorbée.

L'injection d'infusion de sangsue (d'après les descriptions de Haycraft), empêche, comme l'injection de peptone, la coagulation du sang, mais n'abaisse pas notablement la valeur des échanges respiratoires.

L'obstruction de l'aorte thoracique (pratiquée au moyen d'un bouchon élastique introduit au bout d'une sonde par l'artère sous-clavière gauche), arrête la circulation dans les organes abdominaux, et supprime la coagulabilité du sang. L'auteur rapproche ce fait de l'influence anticoagulante du passage du sang à travers le poumon, influence mise en lumière par les recherches de Pawlow. Il semble donc que la tendance à la coagulation se développe dans le sang pendant son passage à travers les vaisseaux des viscères abdominaux, tandis que le passage à travers les vaisseaux du poumon développe la tendance inverse. LÉON FREDERICQ.

Sulla tossicita dell'aria espirata, par A. RUSSO-GILIBERTI et G. ALESSI (*Palermo*, 1888).

Russo-Giliberti et Alessi ont fait des expériences en condensant par refroidissement l'atmosphère de salles d'école pleines et hermétiquement closes. Ils ont injecté sous la peau de différents animaux des quantités énormes du liquide ainsi recueilli, sans jamais déterminer aucun accident d'empoisonnement.

Ils concluent qu'il n'existe pas de principe volatil toxique dans l'air expiré, et que la mort des animaux dans les expériences contradictoires de Brown-Séquard et d'Arsonval, doit vraisemblablement être rapportée à des phénomènes septicémiques. J. B.

Rythme de la réponse du muscle aux impulsions volitionnelles de l'homme, par W. GRIFFITHS (*The Journal of Physiology*, *IX*, *p.* 39).

On obtient des tracés myographiques qui montrent des séries plus ou moins régulières d'ondulations dans les muscles contractés sous l'influence de la volonté. Ces ondulations ont été étudiées par Horsley, Schäffer, Canney et Tunstall. L'auteur en reprend l'examen : Il montre que ce sont des représentations graphiques de la contraction musculaire, et non point des ondes vibratoires. Leur nombre varie chez les différents individus : il est plus grand pour le biceps que pour les fléchisseurs des doigts : il varie de 8 à 14: il varie avec le poids soulevé jusqu'à une certaine valeur; il varie avec la durée de la contraction : les ondulations s'amplifient à mesure que le muscle se fatigue. A. DASTRE.

Cause pour laquelle les excitations électriques très rapides ne produisent pas le tétanos musculaire, par H. SEWALL (*The Journal of Physiology*, *vol. IX*, *p.* 55).

Lorsque les excitations électriques sont trop rapides, le tétanos est remplacé par la secousse de début. V. Kries a démontré que la limite où se produisait le phénomène était relative et non absolue et qu'elle dépendait de l'intensité de l'excitant. La disparition du tétanos se produit tantôt avec 20,000 excitations à la seconde, tantôt avec 250. Sewall attribue ces différences à des effets de polarisation, lesquels sont variables précisément avec les circonstances de l'excitation électrique. A. D.

Experimentelle Beiträge zur Frage der Bedeutung des Porret'schen Muskelphœnomens (Contribution expérimentale pour fixer la signification du phénomène musculaire de Porret) par E. von REGÉCZY (*Archiv für die gesammte Physiol., XLV, p.* 219).

Le phénomène de Porret consiste en ce que un muscle parcouru par un courant galvanique dans le sens de sa longueur, manifeste une ondulation qui marche dans le sens du courant. Il a déjà été étudié par Kühne (1860), et par L. Hermann (1886), sans que l'on soit parvenu à en fixer la nature. On sait seulement que le phénomène ne se produit point lorsque le courant passe dans le sens transversal, que son énergie est accrue par la chaleur et diminuée par le froid. L'auteur en reprend l'étude détaillée. Le phénomène ne se produit pas lorsqu'il y a tension ou relâchement exagérés du muscle : il n'atteint point les pôles électriques mais se limite à l'espace intra-polaire ; il se propage dans une seule direction : il ne survit pas au courant électrique qui le provoque : il commence plus ou moins loin de l'anode et cesse plus ou moins loin de la cathode. Il ne se montre point sur les faisceaux grêles du muscle, mais seulement sur les faisceaux volumineux. Il survit peu de temps après la mort, tandis que la contraction idio-musculaire persiste longtemps : déjà affaibli, il reparaît si l'on intervertit brusquement la position des poles. Son intensité est en rapport avec celle du courant électrique. Il se manifeste même dans des muscles qui ne présentent point d'autres traces de vitalité. — On ne le constate que dans les muscles striés exclusivement. Regéczy compare le processus du phénomène à celui de la secousse produite par la fermeture d'un courant constant. Il conclut que ce phénomène n'est pas un phénomène vital du muscle. A. DASTRE.

Ueber die durch die negative Schwankung des Muskelstromes in einem anderen Muskel direct ausgelöste secundäre Zuckung (Secousse secondaire provoquée dans un muscle directement par l'oscillation négative d'un autre muscle), par E. von REGÉCZY (*Archiv für die gesammte Physiol., XLIV, p.* 469).

Un courant électrique fort excite non seulement les fibres musculaires qu'il atteint, mais les fibres qui sont en contact avec elles et provoque une secousse lorsque l'excitabilité est suffisante. Les secousses ne se montrent pas au même moment ; la secousse du muscle excité directement apparaît d'abord. La secousse accessoire du muscle voisin n'est pas déterminée par une dérivation du courant excitateur. Elle a pour cause excitatrice l'oscillation négative du premier muscle. Le retard entre les deux secousses correspond, en effet, au temps nécessaire à la propagation de l'excitation du point où elle s'est produite jusqu'à la surface du contact. Lorsque, au moyen du curare on exclut l'intervention du nerf, le résultat est le même ; le phénomène doit donc bien être considéré comme une secousse secondaire. L'excitation secondaire est ordinaire ment plus faible que l'excitation primaire qui lui a donné naissance. A. D.

Sur la diminution de la secousse réflexe du gastrocnémien de la grenouille, consécutive à la ligature en masse de la cuisse, sauf le nerf, par R. LÉPINE (*C. R. Soc. Biologie*, 17 *novembre* 1888).

Indépendamment des conditions de la circulation sanguine, la secousse

réflexe du gastrocnémien est considérablement diminuée par la ligature en masse (le nerf excepté) de la partie supérieure de la cuisse, soit du côté correspondant au gastrocnémien en expérience, soit du côté opposé. Cette ligature, en raison sans doute de l'excitation des nerfs sensitifs qu'elle produit, exerce une action suspensive sur la moelle fort préjudiciable à l'examen des réflexes. PAUL LOYE.

Die Belegzellen d. Magens als Bildungstätten d. Säure (Les cellules de revêtement de l'estomac, considérées comme lieu de formation de l'acide, par SEHRWALD (*Münch. med. Woch.*, *n°* 11, 1889).

Lorsque Heidenhain eut nettement différencié dans les glandes de l'estomac deux sortes de cellules, on se demanda si chaque variété avait des fonctions différentes et la nature de ces fonctions. D'après l'opinion admise jusque dans ces derniers temps, les cellules à pepsine ou de revêtement secrètent à la fois la pepsine et l'acide, tandis que les glandes pyloriques, qui ne contiennent que des cellules fondamentales, ne fabriqueraient que du mucus.

Heidenhain admit comme très vraisemblable que les cellules principales ne fabriquent que la pepsine, les cellules de revêtement étant alors chargées de sécréter l'acide.

L'étude de la sécrétion de la portion pylorique séparée du tractus gastro-intestinal, l'aspect microscopique des cellules principales pendant la digestion et en dehors de cette période, l'étude de la digestion artificielle avec de l'HCL étendu, de petites portions de muqueuse stomacale, plaident en faveur de cette opinion.

V. Wittich qui soutient l'inverse, admet que dans la digestion artificielle, la pepsine devenant plus diffusible, abandonne les cellules de revêtement et agit immédiatement sur les cellules principales. Nussbaum est aussi de cet avis.

Swiecicki a apporté un argument sérieux dans la discussion. Chez la grenouille, les glandes gastriques ne contiennent que des cellules de revêtement, les cellules principales se trouvent à la partie inférieure de l'œsophage. Il lia l'œsophage à son orifice inférieur et introduisit de petits morceaux de viande, par l'orifice pylorique, dans l'estomac bien lavé. Il se montra rapidement une réaction acide, mais la viande ne fut pas dissoute même après 24 heures.

Si l'on met de petits morceaux de viande dans l'extrémité inférieure de l'œsophage, ils ne se modifient pas, mais si on les plonge au bout de quelques heures dans une solution d'acide chlorhydrique à 1/1000 ils sont très rapidement digérés.

Donc ce sont bien exclusivement les cellules fondamentales qui sécrètent le pepsine, et les cellules de revêtement jouent un rôle dans la sécrétion de l'acide.

Il faudrait pour le démontrer péremptoirement déceler par une réaction simple et probante l'acide dans la cellule elle-même. On l'a souvent tenté, mais sans résultat. (Cl. Bernard, Lépine, Hermann, Edinger, Liberkühn). Sehrwald a réussi à l'aide d'une méthode particulière de coloration avec le bleu d'aniline soluble dans l'eau, à obtenir les cellules de revêtement colorées en bleu intense et les cellules principales incolores. P. TISSIER.

Ueber das Secret des nüchternen Magens (Des sécrétions de l'estomac à jeun), par H. ROSIN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 47, *p.* 966, 1888).

L'auteur a exploré l'estomac de 44 sujets, pris au hasard dans le service de Rosenbach, le matin à jeun, à l'aide d'une sonde molle; la manœuvre était trop rapide (15 ou 20 secondes) pour être accusée d'avoir provoqué une excitation de la muqueuse.

Il a pu d'abord établir ce fait que, dans ces conditions, l'estomac contient presque constamment une quantité appréciable de liquide. Deux fois seulement sur 44, la sonde est restée complètement vide; dans les 42 autres cas, on a retiré 4 ou 5 grammes, quelquefois 10 grammes de suc gastrique acide.

Sur les 42 cas, l'acide chlorhydrique libre existait 31 fois, et 16 fois en proportion suffisante pour donner au papier du Congo une coloration bleue intense.

La pepsine a été trouvée dans tous les cas où l'auteur l'a recherchée. Pour ce qui concerne l'acide lactique, les résultats ne sont pas certains.

Dans presque tous les cas, le suc gastrique a fourni la réaction du biuret. Jamais il ne contenait de sucre. Il était presque toujours coloré : sa coloration variait du jaune au jaune vert. L. GALLIARD.

I — Zur Mechanik des Magens beim Brechacte (Rôle mécanique de l'estomac dans le vomissement), par A. FRANTZEN (*Diss. Dorpat.*, 1887).

II. — Innervation des Magens seitens des Rückenmarks in Hinsicht auf den Brechact (Innervation médullaire de l'estomac dans le vomissement), par A. v. KNAUT (*Diss. Dorpat.*, 1886).

III. — Beiträge zur Beziehung des Gehirns zum Magen (Contribution à l'étude du rôle du cerveau dans le vomissement), par B. HLASKO (*Diss. Dorpat.*, 1887).

IV. — Beiträge zur Innervation des Pylorus (Contribution à l'étude de l'innervation du pylore), par Th. DOBBERT (*Diss. Dorpat.*, 1887).

I. — Il se fait normalement sur l'estomac du chien, un sillon qui sépare la grande courbure des parties plus rapprochées du pylore. Pendant l'acte du vomissement, le pylore se contracte tout d'abord, et des mouvements antipéristaltiques, partis de la région pylorique, chassent le contenu de l'estomac vers la grande courbure, qui se dilate. Plus tard, le pylore s'ouvre, la bile peut donc pénétrer dans l'estomac et être rejetée par le vomissement. Tous ces mouvements cessent de se produire lorsque la moelle est sectionnée au niveau de la 4e vertèbre dorsale.

II. — D'après A. v. Knaut, des chats auxquels on a injecté de l'apomorphine, cessent de vomir lorsque la moelle est sectionnée entre la 4e vertèbre cervicale et la 5e dorsale. Lorsque la moelle est sectionnée au-dessous de ce point, le vomissement continue à se produire. Les fibres d'innervation cheminent dans les cordons antérieurs; ils paraissent se détacher au niveau des 5e, 6e et 8e racines.

La section des nerfs splanchniques n'empêche pas le vomissement, il en est de même de l'extirpation du plexus cœliaque.

Les nerfs du vomissement sont sans doute en relation avec les rameaux du sympathique qui correspondent aux 5e, 6e et 7e côtes.

Dans la moelle, jusqu'à la 5e vertèbre dorsale, cheminent des filets nerveux dont l'excitation provoque l'ouverture du cardia; au-dessous les filets nerveux dont l'excitation provoque son occlusion.

III. — Le centre pour la contraction du cardia et des parois gastriques se trouve dans les tubercules quadrijumeaux. Le centre pour la dilatation du cardia se trouve dans le cerveau au point où l'extrémité antérieure et inférieure du noyau caudé rencontre le noyau lenticulaire. Les filets qui en émanent cheminent dans les pneumogastriques.

IV. — L'innervation du pylore a été étudiée sur le lapin.

Spontanément le pylore présente des mouvements automatiques de contraction qui surviennent à des intervalles égaux. Ces mouvements ne sont influencés ni par la section du grand sympathique, ni par celle du vague. Ils seraient dus, ainsi que ceux de l'antre pylorique, à des ganglions démontrables chez la grenouille et le lapin. L'excitation électrique du pneumogastrique amène une contraction du pylore, celle du nerf splanchnique tantôt augmente, tantôt diminue le tonus pylorique. Les faisceaux d'excitation et d'arrêt du pylore cheminent dans la moelle qu'ils abandonnent, ceux-ci dans sa partie supérieure, ceux-là dans sa partie inférieure.

Ces quatre thèses ont été inspirées par Openchowski. A. MATHIEU.

Ueber die Bildung von Serumalbumin im Darmkanal (Sur la formation d'albumine du sérum dans le tube intestinal), par Nadine POPOFF (*Zeits. für Biologie*, *VII*, *p.* 427, 1888).

La paroi vivante de l'intestin du chien (fistule de Vella) jouit comme celle de l'estomac (v. Ott.), de la propriété de transformer la peptone stomacale (obtenue au moyen de pepsine) en albumine du sérum. En effet, les solutions de peptone, qui sont incapables de nourrir le cœur de batracien (crapaud) et d'entretenir ses battements, acquièrent cette propriété (qui appartient exclusivement à l'albumine du sérum) par un séjour de courte durée dans l'intestin.

La peptone pancréatique n'exerce pas sur le cœur d'action toxique, mais elle n'acquiert pas dans l'intestin la propriété d'entretenir les battements du cœur : elle ne s'y transforme donc pas en albumine.

Si l'on considère la peptone comme un produit d'hydratation, c'est-à-dire de dédoublement hydrolytique de l'albumine, la régénération de cette dernière substance aux dépens de la peptone est un phénomène de synthèse avec élimination d'eau. On connaît bon nombre de synthèses analogues réalisées au sein du protoplasme.

Cet intéressant travail est riche en indications bibliographiques.

LÉON FREDERICQ.

Ueber synthetische Wirkung lebender Zellen (Sur l'action synthétique des cellules vivantes), par Julia BRINCK (*Zeitschr. für Biologie*, *VII*, *p.* 453, 1888).

L'auteur confirme les résultats des expériences de v. Ott et de Nadine Popoff sur la propriété que possède le revêtement épithélial de l'estomac

et de l'intestin de transformer la peptone stomacale (mais non la peptone pancréatique) en albumine capable d'entretenir les pulsations du cœur de la grenouille ou du crapaud. Cette propriété des cellules épithéliales ne persiste que fort peu de temps après la mort de l'animal; mais elle appartient encore à d'autres éléments vivants.

L'endothelium cardiaque, à la suite d'un contact prolongé avec une solution inactive de peptone stomacale, finit par communiquer à celle-ci la propriété de nourrir le cœur, qui est caractéristique de l'albumine du sérum.

L'auteur a découvert dans le même ordre d'idées un fait des plus intéressants. Les solutions inactives de peptone gastrique, conservées pendant un petit nombre de jours, acquièrent la propriété d'entretenir les pulsations. Il se développe en effet, dans ces solutions, un microorganisme que l'auteur appelle *micrococcus restituens,* dont le protoplasme possède la faculté de transformer la peptone gastrique (mais non la peptone pancréatique) en albumine pouvant nourrir le cœur. Plus tard ou simultanément, les solutions de peptone sont envahies par un bacille analogue au microbe du pus bleu et qui jouit vis-à-vis du cœur de grenouille de propriétés toxiques.

L'auteur admet avec Kronecker, v. Ott, Nadine Popoff que la propriété de nourrir le cœur de grenouille appartient exclusivement à l'albumine naturelle du sérum et constitue la meilleure caractéristique de cette substance. Cependant l'auteur trouve que les solutions salines d'albumine pure, préparées d'après le procédé de Hammarsten, n'ont plus aucune action vivifiante sur le cœur de grenouille, ce que l'auteur s'explique en admettant hypothétiquement une altération de l'albumine par le fait de la préparation. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Ausnützung der Kuhmilch in menschlichen Darmkanal (Sur l'utilisation du lait de vache dans le tube intestinal), par W. PRAUSNITZ (*Zeits. für Biologie, VIII, p.* 532, 1888).

Un adulte se nourrit pendant trois jours exclusivement de lait (3 litres par jour).

Le lait ingéré, les urines et les excréments sont soigneusement analysés.

La comparaison entre la composition des excréments et celle du lait, ainsi que leur poids absolu permet de conclure qu'une partie notable des éléments du lait n'a pas été utilisée par l'organisme : 8, 96 0/0 du résidu sec du lait, 11, 18 0/0 de son azote, 5,05 0/0 de sa graisse, 6,95 0/0 de ses substances organiques et 37,08 0/0 des éléments minéraux se retrouvent dans les excréments. LÉON FREDERICQ.

Influence de l'alimentation, chez l'homme, sur la fixation et l'élimination du carbone, par HANRIOT et Ch. RICHET (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 6 *et* 13 *février* 1880).

Au bout de quelques heures de jeûne complet, les échanges arrivent à un état stable, qui ne se modifie guère, même quand le jeûne se prolonge. La *ventilation* augmente par le fait de l'alimentation, mais presque uniquement quand cette alimentation est composée d'hydrates

de carbone. Les aliments azotés et les aliments gras modifient très peu les échanges respiratoires. M. D.

Ueber die Abfuhrwege des Zuckers aus dem Dünndarm (Sur les voies d'absorption du sucre dans l'intestin grêle), par P. GINSBERG (*Archiv für die gesammte Physiol., XLIV, p.* 386, 1889).

Mering a montré (1877) que le chyle du canal thoracique contient une quantité de sucre indépendante de la nature de l'alimentation, tandis que la teneur du sang de la veine porte est au contraire dans un rapport étroit avec l'espèce de l'aliment. Il s'agissait de savoir pourquoi le sucre alimentaire prend exclusivement la voie de la veine porte. Heidenhain (1888) a montré que l'eau passait d'abord dans les capillaires sanguins qu'elle rencontre avant d'arriver aux espaces lymphatiques centraux, sauf le cas où l'eau est très abondante dans l'intestin. En est-il de même du sucre? celui-ci ne passant point dans les espaces lymphatiques lorsqu'il est en minime quantité, y passant au contraire lorsqu'il est dilué dans une grande quantité d'eau. Telle est la question que l'auteur a étudiée sous la direction de Heidenhain. Il pratique une fistule du canal thoracique chez le lapin ; recueille le chyle et simultanément le sang, et il détermine la teneur en sucre des deux liqueurs ainsi que les résidus secs. Il trouve, avec des animaux à alimentation normale, que le sucre du sang et du chyle est en quantité constante, plus grande toutefois dans le chyle que dans le sang. Le rapport est de 1.39 à 1. On ingère alors une solution de glucose au lapin : on fait une seconde détermination et on constate que la quantité de sucre s'est élevée à la fois dans le sang de 1,7 à 3,1 pour 1000 et dans le chyle de 2,3 à 4,9 pour 1000. Les résultats ont été les mêmes chez le chien. L'auteur constate, en passant, que la résorption de grandes quantités de liquide ne modifie pas sensiblement la teneur du sang ni du chyle, en sucre. A. D.

Ueber Fettresorption im Darm (Sur la résorption de graisse dans l'intestin, par A. GRUENHAGEN et KROHN (*Archiv für die gesammte Physiol., XLIV, p.* 535).

Les cellules épithéliales de l'intestin de grenouille isolé du corps de l'animal conservent encore pendant quelque temps de survie la faculté d'absorber les graisses ou les émulsions. On enlève rapidement l'intestin avec le pylore et on projette à l'intérieur la bile que a l'on recueillie avec une pipette dans la vésicule biliaire : on injecte ensuite de l'huile ou une émulsion avec la même pipette et de la même manière ; on place une ligature en haut et en bas de l'intestin au-dessous du pancréas et on dépose la préparation dans une capsule de verre recouverte et maintenue humide au moyen de papier-filtre humecté. — On laisse ce fragment d'intestin de 4 centimètres environ de longueur pendant 6 heures dans cette situation. Puis, on le sectionne, on le plonge dans la liqueur de Flemming pour durcir et colorer en noir la graisse. Le séjour dans cette liqueur doit être de 2 heures 1/2. On lave le fragment 24 heures dans l'eau ; puis 24 heures dans l'alcool absolu : on l'inclut dans la paraffine et on le débite en coupes fines. — On dissout la paraffine au moyen du chloroforme, on dépose dans le baume de Canada et l'on pratique l'examen. On constate les gouttes graisseuses dans l'intérieur des cellules

épithéliales bordantes et jamais en dehors d'elles. — On observe la même absorption avec les graisses cholestérinées aussi bien qu'avec les graisses glycérinées, en employant la lanoline et la lessive de soude. Le pouvoir absorbant de cet épithélium semble se manifester aussi sur des corps différents, par exemple sur les corpuscules de l'encre de Chine. La faculté élective pour la graisse est cependant très réelle. L'absorption de ces corpuscules ne saurait être attribuée à une activité mécanique des cellules épithéliales. Enfin ces cellules constituent de véritables entrepôts pour la graisse en excès. — L'endothélium plat des séreuses possède la même faculté. A. DASTRE

Relation des micro-organismes avec la digestion pancréatique. par Vincent HARRIS et Howard TOOTH (*The Journal of Physiology, vol. IX, p.* 220).

Le premier point a été de rechercher quels micro-organismes prennent part à la formation des peptones dans le duodenum. Les auteurs rappellent d'abord que la digestion gastrique en milieu acide se produit sans intervention des microbes. Inversement, ils n'ont pas réussi à obtenir des peptones en faisant putréfier des albuminoïdes, soit qu'il ne s'en forme pas réellement, soit qu'il faille pour cela des microbes spéciaux qu'ils n'ont point rencontré! Pour ce qui concerne le pancréas, les auteurs n'ont pu en obtenir d'infusion dépourvue de microbes. La digestion alors a fourni des peptones, mais pas de leucine ni de tyrosine. Ils ont traité les liquides pancréatiques avec du bichlorure de mercure à 1/100 : la fibrine est alors digérée lentement, et il n'y a point de microbes. Avec le phénol à 2/100 de même : la production des peptones est rapide et évidente. En somme, les liquides pancréatiques peuvent peptoniser la fibrine en dehors de toute action microbienne.

Le second point est relatif à la formation de la leucine et de la tyrosine dans la digestion pancréatique. Les auteurs n'ont pu obtenir ces corps sans qu'il y eût en même temps des microbes.

Le troisième point est relatif à la production de l'indol et du scatol. Ces corps n'ont pas été trouvés sans qu'il y eût en même temps des micro-organismes. Quand il y a des microorganismes, l'indol se montre très capricieusement. Le sublimé et le phénol en empêchent l'apparition. Il est probable qu'il faut des organismes spéciaux pour les former. On les recueille dans les intestins et on les cultive dans des peptones pures. Les peptones paraissent propres à leur formation ; la leucine et la tyrosine impropres. Tous ces résultats demandent à être vérifiés. A. DASTRE.

Sur la physiologie de la sécrétion salivaire. Effets de l'atropine sur les diverses espèces de nerfs salivaires, par J. N. LANGLEY (*The Journal of Physiology, vol. IX, p.* 55).

En admettant l'existence de trois espèces de fibres secrétoires, secrétoires proprement dites, trophiques et anaboliques, l'auteur s'est proposé de savoir si elles pourraient être distinguées par l'action de l'atropine, Il constate le contraire. Toutes les propriétés cellulaires de la glande sont atteintes au même degré et supprimées en même temps. A. D.

Die Glykogenbildung aus Kohlehydraten (Formation de glycogène aux dépens d'hydrates de carbone), par Erwin VOIT (*Zeits. für Biologie, VIII, p.* 543, 1888).

Des oies soumises au préalable à la diète pendant plusieurs jours, furent ensuite nourries de riz et tuées au bout de quelques jours. Les dosages de glycogène dans le foie, les muscles et les intestins, les analyses du riz et des excréments des animaux ainsi que la comparaison de leur poids au début et à la fin de la période d'expérience conduisirent à ce résultat intéressant, c'est qu'une partie au moins du glycogène est formée au moyen de la portion non azotée, hydrocarbonée de l'alimentation.

LÉON FREDERICQ.

I. — Recherches sur l'assimilation du sucre de lait, par BOURQUELOT et TROISIER (*C. R. Soc. biologie*, 23 *février* 1889).

II. — Rôle physiologique du sucre de lait, par A. DASTRE (*Ibidem*).

I. — Le sucre de lait n'est pas directement assimilable : Dastre a démontré qu'il se retrouve en totalité et en nature dans les urines lorsqu'on l'injecte dans les veines d'un chien. Bourquelot et Troisier, pour connaître la digestion et le mode d'alimentation de ce lactose, ont comparé chez un diabétique (qui digère mais n'assimile pas les matières sucrées) le sucre de lait ingéré et le sucre éliminé par l'urine. Ils ont fait prendre à un diabétique exclusivement comme hydrates de carbone des quantités croissantes de sucre de lait : le sucre de l'urine a augmenté proportionnellement et, pour certains jours, l'augmentation a été égale ou presque égale à la quantité de sucre ingérée. Ce surplus de sucre semble ainsi provenir du sucre de lait lequel aurait donc été transformé en glucose. Le glucose serait par conséquent la forme chimique à laquelle aboutissent les hydrates de carbone avant leur utilisation par l'économie.

II. — La lactose n'est pas utilisée directement par l'organisme, c'est un des sucres les moins assimilables : on peut, sous ce rapport, la rapprocher de la saccharose. Mais si la lactose n'est pas directement assimilable, elle peut se transformer facilement en sucres de galactose et de glucose qui, eux, sont directement assimilables. C'est probablement ainsi que les choses se passent pour le sucre de lait alimentaire (le nourrisson en ingère environ 65 grammes par jour).

Dastre a cru remarquer, en injectant dans le sang le mélange de galactose-glucose provenant du dédoublement du sucre de lait, qu'il se retrouvait parfois dans l'urine une petite quantité de sucre réducteur non fermentescible. Il semblerait que la lactose qui se dédouble dans l'intestin pourrait se reconstituer en petites proportions dans le sang ou les tissus.

PAUL LOYE.

Note expérimentale sur le pouvoir absorbant de l'urètre normal, par PHÉLIP (*Lyon méd.*, 2 *septembre* 1888).

Résultats de recherches faites sur le chien à l'aide du sulfate d'atropine :

1° L'urètre normal du chien absorbe d'une façon manifeste ce sel en solution ;

2° L'absorption se rapproche de celle de la muqueuse vésicale normale, elle est inférieure à celle du tissu cellulaire. Une injection dans le tissu cellulaire détermine les mêmes effets avec le 40e de l'injection destinée à l'urètre. Dans la vessie, il faut, au contraire, une solution trois à quatre fois plus forte, à l'état de vacuité, égale ou deux fois plus forte à l'état de distension.

3e Chez le chien, l'absorption urétrale a pour siège principal l'urètre profond. A. C.

I. — Nouvelles recherches sur la circulation du liquide intra-oculaire, par LEPLAT (*Annales d'ocul.*, *CI*, *p.* 122, *janvier-février*).

II. — Sur la disposition et le fonctionnement normal et pathologique d'un véritable appareil glandulaire dans l'œil des mammifères, par NICATI (*Bull. Acad. des Sciences*, 23 *avril* 1889).

I. — Les expériences, faites sur des lapins, ont montré contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs, que la profondeur de la chambre antérieure n'est pas influencée par la pression à laquelle est soumise le corps vitré. Le courant nutritif parti de la région ciliaire se dirige d'arrière en avant pour l'humeur aqueuse, et d'avant en arrière pour le corps vitré ; il n'est pas douteux que ce dernier soit beaucoup moins rapide : ces expériences montrent que l'évacuation du liquide oculaire par la papille est environ la cinquantième partie de l'élimination par le canal de Schlemm. L'évacuation par le segment antérieur, très difficile à apprécier, varie considérablement suivant les sujets, mais la moyenne oscille entre 20 et 25 milligrammes en cinq minutes.

II. — Cet appareil se composerait d'un épithelium glandulaire qui, partant de l'ora serrata, s'arrête à la naissance de l'iris, c'est la portion ciliaire de la rétine ; le réseau capillaire est représenté par la choriocapillaire, l'arachnoïde, ou puits de l'humeur aqueuse, par la couche de Sattler et son prolongement dans les procès ciliaires. Les conduits excréteurs sont formés par l'espace entre l'épithélium et la zonule ; ces pertuis sont ménagés dans la profondeur des vallons ciliaires. La choroïde et la portion radiée du muscle ciliaire représentent l'appareil musculaire ; les nerfs ciliaires et le ganglion ophtalmique, l'appareil d'innervation. La sécrétion augmente beaucoup lorsqu'on évacue l'humeur aqueuse par ponction; lorsque la pression intérieure est diminuée, c'est une sécrétion réflexe et son produit est l'humeur aqueuse. La section intra cranienne du trijumeau est sans effet sur la sécrétion, la résection des nerfs ciliaires la ralentit, l'ablation totale de l'iris la tarit. Le ganglion ophtalmique serait donc le centre principal du réflexe, l'iris en serait le siège périphérique. Le muscle cilio-choroïdien comprendrait les troncs vasculaires, surtout les veines, et provoquerait un engorgement capillaire favorable à l'issue d'une sérosité abondante. Ainsi se trouve constitué de toutes pièces un régulateur automatique de la pression oculaire avec l'iris pour avertisseur; un transmetteur, le ganglion; des exécuteurs, le muscle et la membrane sécrétante. F. DE LAPERSONNE.

Zur Physiologie der Bogengänge. Ueber Bewegungen der Périlymphe (Contribution à la physiologie des canaux semi-circulaires. Sur les mouvements de la périlymphe, par **R. EWALD** (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *Band XLIV*, *p.* 319, 1889).

Quelques physiologistes, Cyon entre autres, décrivent des mouvements de la périlymphe que l'on observe lorsque l'on ouvre un canal demi-circulaire osseux et qui seraient isochromes aux battements du cœur. Ewald constate que le plus souvent la périlymphe est immobile, que ses mouvements, lorsqu'ils se produisent, paraissent plutôt en relation avec les phases de la respiration; qu'en réalité toutes les fluctuations de la périlymphe sont dues à des mouvements du maxillaire inférieur, c'est-à-dire du bec de l'oiseau. Ces mouvements se transmettent à la membrane du tympan dont ils déterminent le tiraillement, par suite à la chaîne des osselets (columelle) et de là à la périlymphe. A. D.

Zur Function des Labyrinths par **C. BRUCKNER** (*Archiv f. path. Anatomie*, *CXIV*, *Heft* 2).

Les canaux demi-circulaires servent à transmettre les bruits, mais ils ne fonctionnent que quand ils sont dirigés horizontalement. Lorsque nous sommes debout ou dans la position assise, le canal demi-circulaire horizontal, est dans un plan horizontal, et c'est alors qu'il est apte à fonctionner. Dans ces conditions, les deux autres canaux demi-circulaires sont perpendiculaires au premier. Lorsque la tête est fortement fléchie en avant, le canal demi-circulaire antérieur prend une position horizontale, tandis que les deux autres lui sont perpendiculaires. Lorsque nous nous couchons sur le côté, le canal demi-circulaire postérieur de l'oreille supérieure se trouve dans un plan horizontal et les autres canaux lui sont perpendiculaires. Dans l'oreille qui devient ainsi inférieure, le canal postérieur est bien horizontal, mais les deux autres canaux, quoique perpendiculaires au troisième, sont situés au-dessous de lui. Cette oreille est par suite dans une situation moins favorable.

Dans les diverses positions de la tête, il arrive donc constamment que l'un des canaux demi-circulaires se trouve situé dans un plan horizontal. C'est là l'attitude que nous prenons instinctivement quand nous voulons entendre des bruits légers, et, comme les deux oreilles ont une acuité acoustique plus ou moins prononcée, nous nous arrangeons de façon à placer, par l'attitude que nous donnons à la tête, le canal demi-circulaire de l'une des oreilles dans un plan bien horizontal. ED. RETTERER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Des néoplasies nerveuses d'origine centrale, par **LESAGE** et **LEGRAND** (*Archiv. de physiologie*, 15 *novembre* 1888).

Il existe des tumeurs essentiellement formées de la néoplasie des éléments du tissu nerveux, soit embryonnaire, soit adulte (cellules ner-

veuses, cellules en araignée, neuroblastes, plus rarement fibres de Remak). Elles peuvent être formées par une inclusion fœtale, en dehors de l'axe cérébro-spinal,

Dans d'autres cas, elles s'observent dans les masses nerveuses elles-mêmes, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte.

Ces tumeurs nerveuses ne présentent pas de limites de démarcation avec le tissu nerveux ambiant.

Elles se différencient des sarcomes par leur origine embryologique, leurs caractères histologiques ; elles paraissent envahissantes de proche en proche, mais ne se généralisent pas.

Leur rapport avec l'inflammation n'est pas encore suffisamment étudié; mais il semble bien qu'il puisse se constituer des tumeurs nerveuses par le processus de la régression des éléments adultes jusqu'à l'état nerveux embryonnaire régression, qui pourra être suivie d'une nouvelle évolution plus ou moins imparfaite vers les types nerveux adultes quels qu'ils soient. A. GILBERT.

Beitrag zur physiologischen Methylenblaureaction (La réaction du bleu de méthylène), par DURDUFI (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, *p.* 518, 1888).

L'auteur a fait usage du procédé d'Ehrlich (réaction du bleu de méthylène sur la substance nerveuse vivante) pour étudier la dégénérescence des terminaisons nerveuses à la suite de la section des nerfs sensitifs ; son champ d'expérience a été la langue de la grenouille.

Le glosso-pharyngien étant sectionné, on voit, après 2 ou 3 semaines, dans les filets nerveux qui aboutissent aux papilles gustatives, la myéline, normalement incolorable, prendre une teinte bleuâtre ; plus tard, apparaissent des corpuscules plus foncés. Ensuite la dégénérescence s'étend aux branches plus importantes où elle se caractérise par un état granuleux du cylindre-axe.

Sur une langue de grenouille examinée 2 mois et demi après la section, le plexus nerveux sous-épithélial était conservé ; dans le tronc du nerf où les fibres à myéline étaient dégénérées, on trouvait quelques fibres de Remak intactes, en communication avec ce plexus ; au même plexus aboutissaient quelques filets très fins supportés par les vaisseaux, intacts comme les précédents. Les éléments qui ont échappé à la dégénérescence possèdent donc des centres de nutrition à la périphérie ; ils paraissent appartenir au système sympathique. L'auteur se propose de continuer ses recherches à cet égard.

Les papilles gustatives situées exactement sur la ligne médiane reçoivent, après la section d'un glosso-pharyngien, des fibres nerveuses dégénérées et des fibres saines ; elles sont donc innervées simultanément par les deux glosso-pharyngiens.

La méthode d'Ehrlich met en lumière les fonctions vaso-motrices du glosso-pharyngien chez la grenouille. Quand, après la section du nerf d'un côté et avant l'injection de bleu de méthylène, on applique sur toute la langue un peu de solution iodée, on voit le côté sain se colorer en bleu foncé beaucoup plus vite que le côté de l'opération. On peut en conclure qu'il est mieux vascularisé et qu'il doit cet avantage aux fibres vaso-dilatatrices du glosso-pharyngien non sectionné. L. GALLIARD.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Gliose der Hirnrinde (Contribution à l'anatomie pathologique de la gliose de l'écorce cérébrale), par BUCHHOLTZ (*Archiv für Psychiatrie, XIX, Heft* 3, *p.* 601).

Buchholtz a eu occasion d'examiner un cerveau dont l'écorce était parsemée de ces petites protubérances du volume d'une tête d'épingle, qui ont été décrites par Fürstner sous le nom de gliose de l'écorce cérébrale. Ces petites nodosités étaient formées par une masse solide continue. Les méninges présentaient les traces macroscopiques d'une inflammation chronique. A l'examen de la première couche de l'écorce vertébrale, on distinguait un réseau de fibrilles à mailles de dimensions variables et contenant des cellules araignées en quantité variable également ; on y découvrait en outre des cellules rondes, nombreuses dans le voisinage des vaisseaux, et des organites représentant des formes de transition entre ces cellules rondes et les cellules araignées. Les vaisseaux, principalement dans les couches les plus superficielles avaient, en certains endroits, leurs parois épaissies, avec multiplication des noyaux ; d'ailleurs les noyaux étaient transformés en conduits homogènes ou en travées de fibrilles disposées parallèlement.

Dans les points correspondants aux petites tubérosités, le tissu des couches les plus superficielles paraissait avoir poussé des ramifications dans les couches les plus profondes, en provoquant vraisemblablement la destruction partielle et le refoulement des éléments préexistants. Le tissu des petites tubérosités ne renfermait que peu d'éléments cellulaires, et principalement des cellules araignées, à côté de nombreuses productions fibrillaires ; au centre, on découvrait souvent un vaisseau ou un rudiment de vaisseau, qui pouvait être considéré comme le point de départ de la production morbide ; quelques-unes de ces tubérosités étaient formées par des travées conjonctives épaisses, arrondies de diverses façons, décrivant quelquefois des tours concentriques, et entre lesquels étaient logés quelquefois des noyaux allongés. Le tissu ambiant présentait les altérations signalées plus haut.

Sur certaines préparations, on voyait partir d'un point central un rudiment d'un vaisseau dégénéré des fibrilles, émanant de cellules araignées, disposées concentriquement ; c'était évidemment là l'image de la première phase de formation d'une de ces tubérosités. E. RICKLIN.

Sull'atrio di ingresso della infezione in un caso di meningite cerebro-spinale, par Vincenzo PATELLA (*Archivio italiano di clin. med., XVII, n°* 4, *octobre* 1888).

Dans un cas de méningite cérébro-spinale chez un jeune homme, l'auteur constata des lésions des fosses nasales et des sinus frontaux, dont la muqueuse épaissie contenait surtout à droite de petits amas de muco-pus. Or, les lésions méningées prédominaient du même côté, et avaient justement leur maximum de confluence au-dessus de la lame criblée de l'ethmoïde, dans le voisinage des nerfs olfactifs.

Cette coïncidence donnait à penser qu'il y avait relation de cause à effet entre les deux lésions. Des recherches microbiologiques minutieuses firent reconnaître de part et d'autre dans l'exsudat un diplococcus encapsulé absolument analogue au *diplococcus pneumoniæ* de Fränkel et de Weischelbaum. Il est donc vraisemblable que cet organisme était, dans le cas particulier, l'agent pathogène de la méningite cérébro-spinale. Il n'existait aucune lésion des poumons, et l'auteur suppose que le microbe primitivement logé dans les fosses nasales avait gagné la base de l'encéphale à travers la lame criblée de l'ethmoïde. Des cultures permirent d'isoler le diplococcus qui, injecté sous les mé-

ninges d'animaux, reproduisit les lésions anatomiques de la méningite cérébro-spinale. A. SIREDEY.

Angiome des méninges, par d'Arcy POWER (*Transact. of the path. Soc. of London*, 7 *février* 1888).

Un jeune homme de 20 ans tombe subitement dans le coma, hémiplégique gauche avec strabisme divergent. Deux jours plus tard, le malade présente plusieurs attaques d'opisthotonos avec spasmes des membres gauches et meurt 10 jours après.

A l'autopsie, abondante hémorragie dans l'hémisphère droit. Le sang semble venir des vaisseaux entourant une tumeur située à la surface du pli courbe droit. Cette tumeur était un angiome veineux compris dans la pie-mère mesurant un centimètre de long et 8 millimètres de large, formé par un amas plexiforme de vaisseaux dilatés et facilement injectés avec de la gélatine colorée au carmin. Ces vaisseaux paraissent provenir des veines sous-jacentes, auxquelles viennent s'aboucher les veines des régions voisines. F. VERCHÈRE.

Aneurysma der Arteria fossæ Sylvii dextra, par EISENLOHR (*Soc. méd. de Hambourg*, 15 *mai* 1888).

Homme de 66 ans, artério-scléreux, atteint d'hémiplégie gauche avec légère contracture et dysarthrie depuis 6 mois ; à la fin, rotation de la tête et des yeux à droite, ptosis à droite, légère contracture des membres du même côté. Mort par pneumonie.

Autopsie. Pachyméningite hémorragique récente au niveau du lobe pariétal gauche. Artères cérébrales athéromateuses.

Sur la sylvienne droite, à deux centimètres et demi de son origine, existe un anévrisme gros comme une cerise au-dessous de l'extrémité du lobe temporal. Ramollissement des 2e et 3e frontales. Plusieurs petits foyers de ramollissement dans le noyau caudé et la masse grise du noyau lenticulaire du côté gauche.

Rien d'analogue dans l'hémisphère droit. L. GALLIARD.

The pathological anatomy... (Anatomie pathologique d'un cas de tabes), par W. HADDEN et C. SHERRINGTON (*Brain*, *p.* 325, *octobre* 1888).

Relation détaillée d'un cas de tabes paralytique sans atrophie musculaire, avec troubles de la vue et crises urinaires. De l'autopsie et des dégénérations secondaires constatées au microscope, Hadden et Sherrington tirent les conclusions suivantes :

1° Le tractus antéro-latéral va de la moelle au cervelet en passant par le corps restiforme, occupant dans la bulbe la position du faisceau cérébelleux direct.

2° Le tractus antéro-latéral constitue la portion la plus antérieure ou ventrale du faisceau cérébelleux direct.

3° Les fibres qui composent le tractus antéro-latéral proviennent des racines nerveuses spinales postérieures, et ces dernières sont par leur intermédiaire mises en relation avec le cervelet. H. R.

Die Diagnose prämaturer Schädelsynostosen (Diagnostic des synostoses crâniennes prématurées), par MEYNERT (*Société des médecins de Vienne*, 10 *février* 1888).

Deux cas d'oblitération prématurée des sutures :

1° Garçon de 9 ans et demi ayant une circonférence cranienne horizontale de 532 millimètres; le diamètre longitudinal est exagéré; le frontal et l'occipital bombés à l'excès. Le crâne a la forme d'un vaisseau avec quille tournée en haut (scaphocéphalie). L'hydrocéphalie est certaine. Il s'agit dans ce cas d'une oblitération prématurée de la suture sagittale.

2° Homme de 35 ans. Synostose prématurée des parties latérales de la suture coronale. Le crâne est d'une hauteur exagérée (crâne en tourelle) et très étroit en arrière. L'œil est à fleur de tête.

La synostose prématurée de la suture sagittale (dolichocéphalie synostosique) peut être diagnostiquée par les signes suivants : le crâne est plus haut que large, mais la hauteur absolue n'est pas augmentée; l'œil est profondément enfoncé.

Celle des parties latérales de la coronale détermine : la nannocéphalie (petitesse du crâne), le diamètre vertical plus long que le transversal et exagéré d'une façon absolue, l'œil à fleur de tête. Cette synostose prématurée coïncide généralement avec celle de la partie postérieure de la sagittale.

Celle de la partie moyenne de la coronale provoque l'aplatissement du front et de la région pariétale antérieure; le cerveau est refoulé en arrière, la saillie occipitale s'exagère. L. GALLIARD.

Sur un cas de maladie d'Addison, avec des lésions des racines spinales ainsi que de la moelle, par KALINDÉRO et BABÈS (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 26 *février* 1889).

Dans un cas typique de maladie d'Addison, avec tuberculose du poumon et de l'intestin, outre les lésions caractéristiques de cette diathèse, Kalindéro et Babès ont trouvé les lésions médullaires suivantes Dans les régions cervicale et dorsale, quelques portions des cordons antérieur et postérieur présentent des altérations qui consistent dans un épaississement de la névroglie, une sclérose des vaisseaux, de nombreuses cellules étoilées et des globes hyalins situés dans les espaces périvasculaires. Les racines antérieures des nerfs spinaux sont à peu près normales, mais les postérieures sont altérées; elles sont le siège d'une névrite, caractérisée par le gonflement des cylindres-axes, leur interruption par places et une multiplication des cellules. OZENNE.

Praëparate eines Falles von Morbus Addisonii, par JUERGENS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 22, *p.* 452, 28 *mai* 1888).

Dans le cas dont il s'agit, les phénomènes de la maladïe bronzée étaient compliqués de ceux de la dégénération grise des cordons postérieurs, association morbide non encore signalée.

Le tissu conjonctif des régions pancréatique et stomacale est malade, ce qui implique une lésion du tronc principal du plexus mésentérique. Les deux splanchniques sont très altérés et les cellules ganglionnaires du plexus solaire sont atrophiées.

D'après Juergens, le syndrôme connu sous le nom de maladie d'Addison se retrouve dans quatre espèces de maladies qui sont :

1° Une affection spéciale de l'intestin, dans laquelle des phénomènes d'irritation se produisant dans les nerfs intestinaux périphériques amènent une dégénération des splanchniques.

2° Une affection primitive des splanchniques, sans lésions des capsules surrénales.

3° Les cas où le pancréas est malade.

4° Une affection du tissu conjonctif rétro-péritonéal.

Dans tous les cas examinés par Juergens, la dégénération grise des splanchniques était constante, quel que fût d'ailleurs l'état des capsules surrénales. J. B.

Sur les rétrécissements de l'œsophage par hyperplasie musculaire, par A. PONCET et Ch. AUDRY (*Bull. méd.*, 4 *avril* 1888).

1° Homme de 50 ans, entré à l'hôpital pour un rétrécissement de l'œsophage. Amaigrissement de 37 kilogrammes en six mois. Pas d'alcoolisme, ni de syphilis ; n'a jamais avalé un liquide corrosif. On diagnostique un cancer de l'œsophage. Gastrostomie en deux temps. Le malade succombe quelques jours plus tard à une parotidite suppurée.

A l'autopsie, rétrécissement, laissant à peine passer un stylet, à 5 centimètres du cardia. Pas de lésion de la muqueuse, le tissu cellulaire périœsophagien est normal ; la couche musculaire mesure une épaisseur de 4 centimètres.

Au microscope, aucune lésion épithéliale ; il s'agit bien d'un rétrécissement par hyperplasie musculaire.

2° La 2e observation est analogue. Le malade, âgé de 55 ans, succomba à la suite de la gastrostomie. On ne trouva qu'un rétrécissement fibreux sans lésion cancéreuse.

Les auteurs rappellent dans leur travail les cas analogues publiés par Fontan, Home, Reverdin. A. CARTAZ.

Ueber heterologe Nierenstrumen (Le goitre rénal hétérologue), par P. STRUBING (*D. Arch. f. klin. Med., XIII, p.* 599).

Grawitz a démontré, il y a quelques années, que certaines tumeurs du rein, considérées comme des lipomes, sont en réalité le résultat de la prolifération morbide des fragments aberrants des capsules surrénales que l'on trouve assez souvent incluses dans la capsule du rein. Virchow a comparé certaines tumeurs des capsules surrénales aux goitres thyroïdiens, de là l'expression de goitre rénal. Les deux observations, très intéressantes, de Strübing, démontrent que ces tumeurs peuvent acquérir un volume considérable, qu'elles peuvent se comporter à la façon de tumeurs malignes et, en particulier, donner lieu à des noyaux secondaires dans le foie.

Dans ces tumeurs, on trouve de grandes poches kystiques remplies d'un détritus graisseux et hématique. Ces poches, à leur début, sont tapissées d'une couche de cellules épithéliales très allongées, souvent fusiformes.

Rarement, il est vrai, les deux reins peuvent être lésés de la même manière.

Un rein malade de cette façon peut être enlevé chirurgicalement s'il n'y a pas de lésion grave de l'autre rein, pas de néphrite interstitielle en particulier. La crainte des métastases doit engager à ne pas trop différer l'opération. A. MATHIEU.

Burstenbezatz an pathol. und normalen Niere (**Le revêtement en brosse des cellules du rein à l'état normal et pathologique**), par **LORENZ** (*Zeitschrift für klin. Medicin, vol. XV, p.* 400-440).

Sous le nom de Burstenbesatz (revêtement en brosse), Lorenz étudie la rangée des cellules qui recouvre l'épithélium des tubuli contorti du rein. Ces cellules se retrouvent non seulement chez l'homme, mais chez les mammifères, les oiseaux, les poissons, batraciens, etc. Elles existent dans tous les reins normaux. Elles ne semblent avoir aucune relation soit histologique, soit fonctionnelle avec les batonnets d'Heidenhain. Elles ne paraissent avoir non plus aucun rôle sécrétoire. Mais leur disparition dans les reins d'albuminuriques indique que leur action doit être de retenir l'albumine dans les cellules sous-jacentes pendant la sécrétion du rein. On a observé cette disparition du revêtement en brosse dans un grand nombre d'affections, albuminurie fébrile, albuminurie méningitique, néphrites infectieuses de l'érysipèle, de la diphtérie, de la scarlatine, néphrites parenchymateuses aiguës, subaiguës ou chroniques, ictère, diabète. Parfois même sur des reins entièrement sains ce revêtement manque par places, ce qui permettrait d'expliquer les faits d'albuminurie physiologique. A. F. PLICQUE.

Ueber die compensatorische Hypertrophie und das physiologische Wachsthum der Niere (**Sur l'hypertrophie compensatrice et la croissance physiologique du rein**), par **C. Th. ECKHARDT** (*Archiv f. pathol. Anat., CXIV, Heft* 2).

La croissance des reins se fait par la simple hypertrophie des glomérules. En effet, après la période embryonnaire, on ne voit pas de nouveaux glomérules se former. Les tubes contournés augmentent notablement de diamètre pendant les premières années de la vie, et probablement aussi leur longueur devient plus considérable. Mais à partir de cet âge, ils ne font plus que s'allonger davantage.

Dans trois cas d'absence congénitale de l'un des reins, accompagnée d'anomalies des organes génitaux, l'auteur constata que les glomérules étaient plus abondants dans l'autre et qu'il fallait admettre, pour expliquer ce fait, une hyperplasie, c'est-à-dire une néoformation de glomérules. En même temps, les glomérules et les canalicules contournés augmentent notablement de dimensions. L'hypertrophie s'ajoute à l'hyperplasie.

La perte de l'un des reins, à la suite d'extirpation ou d'hydronéphrose, entraîne des modifications tout autres dans l'autre rein. Eckhardt n'a pu voir de nouveaux glomérules se former, mais il a noté le volume plus considérable des tubes contournés et des glomérules. L'hypertrophie compensatrice se réduit ici à l'augmentation des éléments qui existent déjà dans le rein. ED. RETTERER.

De la pneumonokoniose anthracosique, par **CARRIEU** (*Archives de physiologie*, 15 *août* 1888).

La pneumonokoniose anthracosique est une pneumonie chronique lobulaire systématisée, c'est-à-dire ayant une disposition anatomique caractéristique dès son début.

Cette systématisation est commandée par la distribution des voies

lymphatiques du lobule, c'est-à-dire qu'elle est à la fois périlobulaire et centrolobulaire.

La pneumonokoniose se distingue ainsi des pneumonies chroniques banales et des diverses espèces de bronchopneumonies. Même dans les périodes ultimes, le processus a encore des caractères qui lui sont propres, et les conséquences cliniques qui en découlent dépendent de la systématisation signalée. A. GILBERT.

Contribuzione alla casuistica della tubercolosi dello stomaco, par A. SERAFINI (*Annali clinici dell'Ospedale degl'Incurabili di Napoli*, 1888).

A l'autopsie d'un homme de 33 ans, tuberculeux et ayant présenté pendant la vie des symptômes gastriques analogues à ceux de l'ulcère rond, Serafini a trouvé deux ulcères ronds typiques de 1 centimètre de diamètre et un grand nombre d'ulcérations folliculaires; sur les bords des ulcères et entre les ulcérations folliculaires, on voyait à un examen attentif à l'œil nu et à la loupe de nombreux nodules très petits, plus ou moins gris et jaunâtres. Au microscope, nodules tuberculeux dans la tunique sous-muqueuse, à diverses profondeurs, depuis la tunique muqueuse jusqu'à la tunique musculaire ; on ne pouvait constater nettement le présence de tubercules autour des ulcérations folliculaires; les tubercules renfermaient de très rares bacilles de Koch. L'auteur attribue la localisation gastrique aux ulcérations produites sur l'estomac par l'iodure de potassium, que le malade avait pris à hautes doses pour combattre des accidents syphilitiques. Il conclut que la tuberculose doit être considérée comme une cause de l'ulcère rond. GEORGES THIBIERGE.

Présence de cellules épithéliales ciliées dans une tumeur de l'ombilic de l'adulte, par TOURNEUX (*C. R. Soc. Biologie*, 9 *mars* 1889).

Cette tumeur est surtout intéressante en ce que le revêtement épithélial cilié des cavités (tubes et vésicules) qu'elle renferme ne semble se rattacher embryogéniquement à aucun des organes qui traversent l'ombilic pendant la période fœtale. En effet, le canal vitellin, ainsi que le canal de l'ouraque, ne sont tapissés, à aucun stade de leur évolution, par des éléments ciliés. De toutes les parties du tube digestif embryonnaire, l'œsophage seul possède un épithélium à cils vibratiles, et les organes génitaux profonds (conduit de Müller) sont trop éloignés de la région ombilicale pour qu'on puisse les mettre en cause. PAUL LOYE.

I. — Handskelett und Hyperdactylie (**Squelette de la main et hyperdactylie**), **par KOLLMANN** (*Verhandlungen der Anat. Gesellschaft in Würtzburg*, 20-23 *mai* 1888, *et Anat. Anz.* 14 *pages*, 1 *planche* 1888).

II. — Ueber Polydactylie, par GEGENBAUR (*Morphol. Jahrbuch, Band XIV*, 1888).

I. — Pour reconnaître la signification de l'hyperdactylie chez l'homme, et pouvoir se décider soit en faveur de la théorie tératologique et pathologique (Gegenbaur, Virchow), soit pour la théorie atavique (Bardeleben, Wiedersheim, Kehrer, et aussi Albrecht), il faut jeter un coup d'œil rétrospectif sur la série des vertébrés. On reconnaît alors qu'il existe, chez les batraciens, les reptiles, les mammifères et l'homme, des rudiments de doigts fonctionnellement perdus, et que, dans les cas où ces vestiges se développent d'une façon extraordinaire, cette réapparition tient à des faits d'atavisme, et n'est nullement pathologique ou tératologique. Ce n'est toutefois pas là une raison pour adopter pleinement la

manière de voir de Bardeleben et autres, qui considèrent ces rudiments comme les représentants des doigts d'un type ancestral heptadactyle. Il n'existe, en effet, aucun « stapedifera » (par cette expression, empruntée à Baur, l'auteur entend les vertébrés munis d'un « stapes », d'un pied, par opposition à ceux qui sont pourvus de nageoires), possédant plus de cinq doigts ; mais nombreux sont ceux qui outre cinq doigts présentent des traces d'un rayon digital cubital et d'un rayon digital radial. Ces vestiges, à l'état normal, méconnaissables et cachés sous la peau, s'agrandissent dans certaines circonstances, comme par exemple, dans certains cas d'hyperdactylie chez l'homme. Mais ces rudiments ne pourront jamais donner que des rudiments, et ne deviendront jamais des doigts complètement développés, et fonctionnellement utiles. Quant à l'origine de ces rudiments, il faut la chercher dans les réductions qui se sont faites, tant dans le nombre que dans la forme des rayons de nageoire des poissons, lorsque cette nageoire est devenue la main des batraciens.

Les études de Dohrn, Mayer, Rabl, etc., ont établi que ces réductions aboutissent à la formation de rudiments de rayons, qui ont pu être transmis héréditairement aux vertébrés stapedifera. Point n'est donc besoin, pour expliquer l'hyperdactylie, d'admettre l'existence, toute hypothétique, d'un type heptadactyle primitif, puisque les doigts surnuméraires ont pu être transmis par l'hérédité déjà sous la forme de rudiments. Cette théorie de Kollmann, qui peut s'appeler la « théorie des rudiments » reconnaît donc que l'hyperdactylie est un phénomène « théromorphe », tout comme le fait la théorie atavique ordinaire. Seulement, au lieu que, dans cette dernière, l'hyperdactylie de l'homme est une transmission sous forme rudimentaire d'organes originellement complets, pour Kollmann elle devient une transmission de parties rudimentaires d'emblée. Elle apparaît ainsi comme une forme toute particulière de l'atavisme.

II. — Gegenbaur maintient dans cet article, contre Rijkebusch, Spronk et Bardeleben, que l'hyperdactylie n'est nullement un état atavique, une théromorphie, mais une malformation qui doit être rangée dans le groupe des monstruosités doubles. A. PRENANT.

Observations on two cases of Raynaud's disease, par J. O. AFFLECK (*Brit. med. J.*, *p.* 1269, *décembre* 1888).

Relation de deux faits de gangrène symétrique des extrémités à symptômes classiques. Le point intéressant consiste dans l'examen histologique du pied amputé. Les vaisseaux conduisant aux parties malades étaient absolument sains. Le nerf plantaire, au contraire, était en dégénérescence avancée. La plupart des faisseaux nerveux avaient perdu leur gaine de myéline et subi la stéatose. Il semble donc que la névrite périphérique joue un rôle important dans la genèse des lésions gangréneuses. H. R.

Della trasposizione laterale dei visceri (De la transposition latérale des viscères, par G. MARTINOTTI (*In*-8°, 160 *p.*, *Bologna*, 1888).

Ce mémoire est un exposé complet de la question. Dans une série de paragraphes, et après un historique détaillé, l'auteur étudie les caractères de la transposition latérale des organes céphaliques, thoraciques et abdominaux. Il passe ensuite à la description des formes atypiques

comprenant la transposition partielle et la transposition accompagnée d'anomalies des viscères transposés ; puis, après quelques considérations sur les rapports de la transposition avec les manifestations normales et pathologiques de la vie, il envisage la transposition chez les monstres doubles, enfin chez les animaux. Vient alors un intéressant chapitre sur la tératogénèse, et, pour finir, des considérations sur l'importance clinique de ces anomalies, sur leur diagnostic et les conséquences qui peuvent en résulter au point de vue chirurgical. A. NICOLAS.

Mamelons et mamelles surnuméraires dans l'espèce humaine, chez la guenon, chez la vache, etc., par BLAND SUTTON (*The Americ.J. of the med. sc., p.* 247, *mars* 1889).

Les mamelles ou mamelons surnuméraires peuvent se présenter sous 3 formes :

Mamelles avec mamelon.

Mamelons sans mamelles.

Enfin mamelles sans mamelon.

Les mamelons surnuméraires sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Ils peuvent être uniques ou multiples ; siègent plus souvent à gauche qu'à droite ; sur le thorax, parfois aussi exceptionnellement sur l'abdomen. Ils peuvent être symétriques. Le plus souvent ils correspondent au trajet de l'artère épigastrique et mammaire interne.

On peut en trouver des exemples que cite l'auteur chez le singe, la vache, etc. Enfin dans un fait remarquable Sutton a trouvé une mamelle dans la cavité d'un kyste dermoïde.

D'après une analyse attentive des faits publiés, l'auteur pense qu'on peut rattacher à 3 causes la présence de cette malformation : à l'atavisme, à un « jeu de la nature » enfin et très rarement à une division de la mamelle normale. F. VERCHÈRE.

Les débris du corps de Wolf et leur rôle dans la pathogénie des tumeurs, par PILLIET (*Tribune médicale*, 14 *et* 21 *mars* 1889).

Pilliet fait tout d'abord une étude historique du corps de Wolf, et, après avoir montré l'homologie de l'appareil femelle et des débris de l'appareil mâle qui lui correspondent, il tente de rapporter à chacune des parties du corps de Wolf les kystes ou les tumeurs, qui siègent dans les régions où se trouvent ces débris : le siège et la structure des néoplasmes sont les deux bases de ce rapprochement. Pour le canal de Gaertner, il est facile de démontrer sa participation au développement de certains kystes. Pour les collections des ligaments larges, il est probable qu'il existe deux espèces de kystes d'origine embryonnaire, chacune d'elles pouvant donner naissance à des tumeurs par végétation ou involution de la paroi.

Les petits kystes appendus à la trompe doivent être rattachés au corps de Rosenmüller ; quant aux grands kystes, on admet qu'ils sont d'origine embryonnaire. Relativement aux tumeurs qui peuvent dériver des cordons médullaires ou du réseau ovarien, on ne peut actuellement que faire des hypothèses. OZENNE.

Ueber die Bedeutung der Metschnikoff'schen Phagocytenlehre, par LUBARSCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 42, *p.* 855, 15 *octobre* 1888).

Baumgarten a combattu la phagocytose de Mentschnikoff en disant que les leucocytes ne s'incorporent que des bacilles morts, en sorte qu'il s'agit non d'une destruction des bacilles vivants, mais d'une digestion de bacilles morts.

Au contraire, il résulte des expériences de Lubarsch, qui a injecté simultanément des bacilles charbonneux vivants et morts, que les globules blancs du sang s'emparent de préférence des premiers, et que l'on remarque davantage de formes de dégénérescence de ces organismes à l'intérieur qu'à l'extérieur des leucocytes. J. B.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Vaccination par les substances solubles que fabriquent les microbes, par BOUCHARD (*Bulletin médical*, 23 *janvier* 1889).

Après avoir rappelé qu'une théorie de la vaccination, en général, a eu pour point de départ ce fait reconnu que, dans certaines cultures, les matières chimiques, élaborées par les ferments, arrêtent la fermentation, Bouchard signale les insuccès de Pasteur dans la constatation d'une matière vaccinante dans le charbon, que lui-même n'avait pu également démontrer. Toutefois il ajoute que des expériences plus récentes dues à G.-H. Roger, sont de nature à faire admettre la réalité de cette matière vaccinante.

Bouchard a fait également dans le même but quelques expériences relativement à la rage et il en tire cette conclusion que le virus rabique n'est pas une substance soluble, qu'il se comporte comme le virus à agents figurés, mais que la matière vaccinante de la rage, si elle existe, n'est pas soluble, ou n'est pas soluble dans l'eau, ou est arrêtée ou bien modifiée par le filtre, qui, comme on le sait déjà, semble faire perdre aux matières sécrétées par les microbes leurs propriétés. Cette recherche des matières vaccinantes doit être poursuivie pour toute maladie infectieuse, comme on l'a fait pour la maladie pyocyanique, la gangrène gazeuse, la fièvre typhoïde, le choléra des poules, mais il est nécessaire, pour réussir sans faire courir de risques, de rechercher les moyens de tuer le microbe sans altérer la substance chimique, de substituer en un mot dans les vaccinations, au virus plus ou moins atténué, un vaccin chimique, exempt de tout danger.

L'auteur discute ensuite l'origine de la matière vaccinante, expérimentalement démontrée pour trois ou quatre maladies, et il admet la possibilité d'arriver à annihiler sa puissance toxique. Abordant le mécanisme par lequel les substances vaccinales donnent l'immunité, il n'accepte pas l'imprégnation indéfinie de l'économie par ces substances, mais il croit que la matière vaccinale agit en modifiant la nutrition et que cette activité vi-

tale nouvelle devient durable et crée un état constitutionnel comparable à l'immunité naturelle. Malheureusement cette action ne se limite pas toujours à ne produire que des effets utiles; et si l'on a le droit de beaucoup espérer des vaccinations solubles, ce n'est encore qu'avec une extrême réserve qu'il faudra procéder dans les applications qu'on tentera chez l'homme. OZENNE.

I. — Recherches sur la durée de la vie des microbes pathogènes dans l'eau, par STRAUS et DUBARRY (*Archiv. de médecine expériment.*, 1er *janvier* 1889).

II. — *Idem*, **par DUBARRY** (*Thèse de Paris*, 1889).

I et II.— Les expériences relatées par Straus et Dubarry montrent, contrairement à l'opinion généralement admise, qu'il n'y a pas de distinction radicale à établir entre les microbes pathogènes et les microbes communs de l'eau, quant à la faculté de se multiplier et de vivre dans l'eau. Un grand nombre de microbes pathogènes possèdent cette faculté, quoique à un degré moins accentué que les bactéries aquatiques proprement dites.

Pour le *bacillus anthracis*, les auteurs ont établi que, placé dans de l'eau distillée pure, il est susceptible d'y donner naissance à des spores. Cette propriété existe probablement aussi pour d'autres microbes pathogènes. C'est là sans doute la raison pour laquelle, dans les expériences de Straus et Dubarry, comme dans celles de leurs prédécesseurs, les bacilles (aptes à donner des spores) se sont généralement montrés plus résistants au séjour dans l'eau que les micrococcus (pour lesquels on ne connaît pas de formes durables).

Au point de vue de la biologie générale des bactéries, il n'est pas sans intérêt de savoir, d'une façon précise, que bon nombre de microbes pathogènes sont suceptibles de vivre, pendant un temps très long, dans les eaux ordinaires et même dans l'eau distillée stérilisée. Ils peuvent s'accommoder, dans une certaine mesure, à ce milieu, et ne présentent donc pas, comme caractéristique absolue, les exigences nutritives qu'on est enclin à leur attribuer.

La composition chimique des eaux n'a aucune influence appréciable sur la durée de la vie des microbes pathogènes dans ces eaux ; ils vivent tout aussi longtemps lorsqu'ils sont placés dans l'eau distillée, absolument pure, que lorsqu'on les fait séjourner dans les eaux plus ou moins chargées de matières organiques, telles que les eaux de la Vanne et de l'Ourcq.

Il en faut conclure que les eaux chimiquement les plus pures, si elles viennent à être contaminées par des microbes pathogènes, n'offrent pas plus de garantie d'innocuité que les eaux les plus chargées en matières organiques et inorganiques. Il est inutile d'insister sur l'importance de cette donnée, au point de vue de l'hygiène.

Enfin, pour la plupart des microbes pathogènes, la vie même très prolongée dans l'eau n'entraîne pas une modification appréciable de la virulence. Le bacille de la tuberculose, toutefois, paraît faire exception.

A GILBERT.

Untersuchungen über die Ursache der erworbenen Immunität (Recherches sur les causes de l'immunité), par EMMERICH et di MATTEI (*Fortschritte der Medicin, p.* 729, 1888).

Emmerich et di Mattei ont choisi le rouget des porcs pour faire leurs

recherches; ils se sont efforcés de résoudre ces deux principales questions : au bout de combien de temps les micro-organismes, inoculés à un animal qui a acquis l'immunité, sont-ils détruits? la destruction de ces micro-organismes résulte-t-elle réellement d'une véritable phagocytose, suivant les idées admises par Metschnikoff?

Leurs recherches leur ont montré que des cultures de bacilles du rouget des porcs, inoculées par voie sous-cutanée à un lapin rendu réfractaire au préalable, sont détruites dans l'espace de 15 à 25 minutes; au bout de dix minutes, ces micro-organismes avaient déjà subi une atténuation très accusée.

L'immunité, pensent les auteurs, résulte de la réaction des éléments cellulaires qui se produit sous l'influence du poison soluble sécrété par les bactéries, et qui détermine la production d'un véritable toxique, sans action sur les cellules elles-mêmes, mais parisiticide pour les bactéries

Ce toxique n'est pas préformé dans l'organisme par l'existence d'une atteinte antérieure de la maladie, mais il se produit chaque fois que de nouvelles injections de cultures sont pratiquées à l'animal qui a acquis l'immunité. En effet, si ce poison était préformé, tous les tissus en seraient pour ainsi dire imprégnés, et posséderaient les mêmes propriétés parasiticides; il n'en est rien, puisque des bacilles, injectés dans la chambre antérieure de l'œil, restent vivants pendant 24 heures et même davantage, alors que dans tout autre tissu, ils sont détruits au bout de 25 minutes. W. OETTINGER.

Ueber Infection bei heiler Haut (De la pénétration des microorganismes à travers la peau intacte), par SCHIMMELBUSCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 42, *p.* 857, 15 *octobre* 1888).

Sur des moribonds, Schimmelbusch a frotté la peau durant 1 ou 2 minutes avec des cultures de staphylocoques et provoqué ainsi des pustules d'impétigo. L'examen microscopique lui a permis de reconnaître que l'épiderme était partout intact. Cependant les staphylocoques s'étaient enfoncés le long des follicules pileux, infiltrant et mortifiant la gaine radiculaire.

Sur la peau de jambes fraîchement amputées, les frictions suffisent aussi pour faire pénétrer les microcoques.

Schimmelbucsh a ensuite frictionné le dos de lapins avec des cultures de charbon, de choléra des poules et de septicémie des lapins. Mais tandis que Roth, en procédant de la même façon, a réussi à inoculer le charbon à 4 cobayes sur 5, Schimmelbusch n'y est parvenu que 4 fois sur 14 et encore le microscope a-t-il révélé pour l'un de ces animaux une lésion cutanée. J. B.

Sur la nutrition intracellulaire, par E. DUCLAUX (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *mars* 1889).

Duclaux a modifié de différentes façons le liquide de culture découvert par Raulin et a étudié les effets de ces modifications sur le développement de l'Aspergillus niger et du Penicillium glaucum qui se nourrit très bien dans ce même liquide additionné de quelques millièmes de chlorure de calcium. La suppression de la saccharose et de l'acide

tartrique qui peut à la rigueur servir de nourriture hydrocarbonée arrête la croissance de l'aspergillus après la germination de la spore et le développement d'un tube mycélien grêle et court; si on ne supprime la saccharose que quand l'évolution est commencée, elle se continue d'autant plus complètement qu'elle était plus avancée : il y avait une réserve de matière nutritive qui suffit à l'évolution. Si on remplace le sucre par de la lactose, le développement n'a lieu que si la plante est déjà arrivée à l'état adulte, la lactose est absolument impropre à la nourriture et à la construction des jeunes tissus; la mannite a les mêmes propriétés que la lactose. L'alcool gêne la germination des spores, mais convient très bien à la plante adulte. Dans le liquide privé d'acide tartrique, le développement de la plante est moins complet et si on sème cette plante dans un nouveau liquide privé d'acide tartrique le développement est de moins en moins complet aux générations ultérieures. Avec l'acide acétique et l'acide butyrique, les résultats sont analogues à ceux obtenus avec l'alcool.

Ces exemples montrent combien est complexe la signification du mot aliment : il y a des aliments de croissance, d'âge mûr, de réserve, d'attente, de fonctions qui ne sont utiles qu'à une certaine période de la vie de la plante et pour certaines de ses cellules, etc. GEORGES THIBIERGE.

Sur la conservation des microbes, par E. DUCLAUX (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *février* 1889).

Duclaux a pu conserver des cultures de microbes en les enfermant dans de petites ampoules à double effilure remplies aux trois quarts et fermées à la lampe. Au bout de 10 ans, il a pu obtenir des ensemencements avec les cultures des Tyrothrix de ses études sur le lait, avec celles de l'Actinobacter polymorphus, et avec deux autres microbes. Il semble que les cultures des ferments des matières albuminoïdes qui se conservent ainsi sont seulement celles dont le milieu est devenu alcalin. D'autres microbes (levures) ne peuvent se conserver en tubes clos et se conservent au contraire (15 ans dans une expérience sur la levure de bière) dans les vases en communication avec l'air extérieur.

GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude du pléomorphisme des bactériens, par E. METSCHNIKOFF (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *février* 1889).

Metschnikoff a pu suivre sur un parasite de la Daphnia magna, auquel il donne le nom de Spirobacillus Cienkowskii la succession régulière des états suivants : 1° bactériums ovales, 2° bacilles droits, 3° grands bacilles courbes, 4° spirillums, 5° petits bacilles courbes, 6° filaments minces, 7° spores. Il rapproche de ces faits, pour montrer la réalité du pléomorphisme des bactéries, les constatations faites par Biedert sur les coccobacillus, par Wasserzug sur le coccobacillus prodigiosus, etc.

GEORGES THIBIERGE.

Quelques effets des associations microbiennes, par G.-H. ROGER (*C. R. Soc. Biologie*, 19 *janvier* 1889).

Deux micro-organismes qui, pris isolément, sont inoffensifs pour le

lapin, peuvent amener la mort de cet animal lorsqu'on les inocule simultanément. Les deux microbes, associés dans les expériences de l'auteur, sont le bacillus prodigiosus, d'une part, et un bacille anaérobie voisin du vibrion septique, d'autre part. Isolément ils peuvent être inoculés au lapin, même à des doses considérables, sans produire d'accidents : inoculés en même temps, ils amènent une mort très rapide. Le bacillus prodigiosus agit comme auxiliaire en modifiant le terrain grâce au ferment soluble qu'il sécrète. Sur l'animal ainsi préparé le bacille anaérobie (qui normalement provoque une gangrène gazeuse chez le cobaye) se développe facilement et amène des lésions identiques à celles qu'il détermine chez les animaux non réfractaires. PAUL LOYE.

Mécanisme de la fièvre dans la maladie pyocyanique, par CHARRIN et RUFFER (*C. R. Soc. biologie*, 26 *janvier* 1889).

La fièvre peut se développer sous l'influence des produits solubles de cultures pyocyaniques absolument privées, par filtration, de tous germes morts ou vivants. Si donc une part doit être faite dans le mécanisme de l'hyperthermie à l'activité des macrophages (hypothèse de Gamaleia), il n'en reste pas moins démontré qu'une autre part doit être faite à l'action des substances chimiques proprement dites. Les élévations thermiques obtenues à l'aide du bouillon pur montrent de plus que des substances qui n'ont rien à voir avec la vie des microbes peuvent aussi élever la température. PAUL LOYE.

Notes sur la présence du virus rabique dans les nerfs, par E. ROUX (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *février* 1889).

Roux a poursuivi ses études sur les effets de l'inoculation des divers cordons nerveux des sujets morts de rage. Sans donner de conclusions, il rapporte les faits suivants. Deux lapins inoculés avec le produit du broiement dans l'eau des nerfs de l'aisselle droite et de l'aisselle gauche d'un sujet mordu au pouce gauche, sont morts l'un le trente-cinquième, l'autre le trente-sixième jour, après l'inoculation; un troisième lapin inoculé avec le bulbe est mort en quinze jours; un quatrième lapin inoculé avec le nerf radial gauche du même sujet était encore bien portant dix mois après l'inoculation; ces expériences tendraient à prouver que la propagation du virus rabique s'est faite du centre à la périphérie. Quatre lapins inoculés, deux avec les nerfs de l'aisselle gauche, deux autres avec les nerfs de l'aisselle droite d'un sujet mordu à la main droite ont survécu aux inoculations. Un lapin inoculé avec le nerf cubital droit d'un sujet mordu à la main droite est devenu enragé en cinquante jours; un lapin inoculé avec le nerf médian droit est devenu enragé en dix-neuf jours; deux lapins inoculés avec les nerfs médian et cubital gauches ont survécu plus de dix mois; un lapin inoculé avec le bulbe est devenu enragé en quatorze jours. Dans un quatrième cas, les résultats ont été analogues, sauf l'innocuité pour un lapin inoculé avec le nerf radial du côté mordu; dans ce même cas, un lapin inoculé avec le paquet nerveux de l'aisselle du côté mordu est devenu enragé au bout de trois mois et demi; dans ce cas, la propagation semble s'être faite le long du nerf cubital de la périphérie vers le centre.

Roux insiste sur la période de malaise qui précède le développement

de la rage confirmée; pendant cette période latente, le traitement n'a plus d'effets; cependant, une femme déjà traitée à l'Institut Pasteur, ayant été prise d'élancements dans la partie mordue et d'agitation, fut soumise à un nouveau traitement et est encore en bonne santé depuis deux ans.

GEORGES THIBIERGE.

Action du virus rabique introduit soit dans le tissu cellulaire sous-cutané soit dans les autres tissus, par C. HELMAN (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *janvier* 1889).

L'auteur conclut, de l'absence du virus rabique dans le sang, les ganglions lymphatiques, etc., que ce virus ne peut se cultiver que dans la substance nerveuse; il ne produit l'infection que lorsque, par inoculation, il est introduit directement dans les cellules nerveuses, ou lorsque les autres tissus ne l'empêchent pas d'y pénétrer; introduit et localisé dans le tissu sous-cutané il ne produit pas l'infection; retenu dans le tissu cellulaire, il peut donner l'immunité. Le degré d'immunité est en raison directe de la quantité de virus frais introduite. D'expériences faites sur le chien, le lapin et le singe, Helman conclut que l'infection ne dépend pas de l'endroit du corps où l'injection a été faite, mais du genre de tissu atteint par le virus : les fortes doses de virus virulent qui, introduites dans le tissu cellulaire, produisent l'immunité font très souvent naître la rage si on les injecte dans les muscles. Les inoculations préventives du virus virulent, pratiquées sur l'homme, sont bien moins dangereuses que sur les animaux, car l'homme, à l'endroit où l'inoculation est faite, n'a pas de muscle cutané. Ces inoculations réussissent assez souvent chez le chien parce qu'il a une épaisse couche de tissu cellulaire sous cutané, tandis qu'elles échouent chez le lapin dont le tissu cellulaire est délicat et la peau fortement adhérente au muscle cutané.

GEORGES THIBIERGE.

La méthode Pasteur à Varsovie, par BUJWID (*Annales de l'Institut Pasteur*, *avril* 1889).

Bujwid, après avoir constaté par des trépanations sur le lapin, que la moelle de 12 jours ne contient plus de virus rabique, celle de 10 jours presque jamais, celles de 8, 7, 6 jours de plus en plus souvent, tandis qu'il y en a constamment dans la moelle de 5 jours et en quantité considérable, s'est arrêté dans son traitement à la moelle de 6 jours. Il faisait deux séries d'inoculations de 5 jours pendant chacune desquelles il inoculait successivement des moelles de 12, 10, 8, 7 et 6 jours; les résultats de cette méthode furent déplorables : sur 193 personnes mordues, dont 7 grièvement, 8 morts (les 7 personnes mordues grièvement et 1 mordue légèrement). En employant le traitement intensif commencé à la moelle de 12 jours et terminé à la moelle de 3 jours, sur 390 personnes mordues, dont beaucoup grièvement et une mordue par une louve, Bujwid n'a eu qu'un seul décès, et encore est-il douteux qu'il soit dû à la rage.

GEORGES THIBIERGE.

Recherches expérimentales sur la suppuration, par J. de CHRISTMAS-DIRCKINCK-HOLMFELD (*Thèse de Paris*, 1888).

L'auteur a étudié, dans les laboratoires de Weigert et de Cornil, la pathogénie de la suppuration. Il établit d'abord que la suppuration peut se produire sans l'intervention d'agents pathogènes et sous l'influence de liquides absolument stérilisés; il l'a obtenue sur le lapin par l'injection de mercure dans la chambre antérieure de l'œil, chez le chien par l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de nitrate d'argent, d'essence de térébenthine, de mercure et cela dans des conditions parfaitement démontrées d'asepsie absolue : la suppuration produite ne renfermait d'ailleurs aucun agent pathogène figuré. En outre, l'auteur a pu isoler des cultures du staphylococcus aureus et du corps même de ce microbe des substances chimiques non cristallisables dont l'injection sous la peau du chien a produit une suppuration indubitable. Il en conclut que la suppuration aiguë doit être considérée comme le résultat d'influences chimiques sur l'organisme. GEORGES THIBIERGE.

Procédé rapide de coloration du bacille tuberculeux dans les liquides et les tissus organiques, par M. HERMAN (*Annales de l'Institut Pasteur, avril* 1889).

Ce procédé consiste surtout à utiliser la rapidité de la coloration dans les solutions chaudes. La lamelle sur laquelle on a fait sécher le liquide à examiner est placée dans un bain composé d'une solution de carbonate d'ammoniaque (1 gramme pour 100 centimètres cubes d'eau) à laquelle on a ajouté une quantité d'une solution de krystalviolet, ou violet de méthyle 6 B (1 gramme pour 30 centimètres cubes d'alcool à 95) suffisante pour que le mélange fasse sur du papier à filtrer une tache très foncée : le bain est chauffé jusqu'à ce que de petites bulles viennent crépiter à la surface du liquide et la lamelle y est laissée pendant une minute. Décoloration par l'acide nitrique au dixième et lavage à l'alcool. Si on veut obtenir une double coloration, employer l'éosine. Pour les coupes, même méthode, suivie, si on veut les conserver, du passage dans l'essence de girofle, le térébène, le xylol, la décoloration doit se faire avec de l'acide nitrique au quart. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die tuberculöse Infection der Hühnerembryonen (Infection tuberculeuse expérimentale des embryons de poulet), par MAFFUCCI (*Centralblatt für Bakteriol.*, *n°* 7, 1889).

Maffucci, après avoir inoculé, suivant la méthode qu'il a déjà exposée en 1887, 18 œufs de poule avec une culture de tuberculose, expose les résultats qu'il a obtenus : sur les 18 œufs, qui avaient été couvés pendant 19 jours, 8 seulement éclorent, les autres n'ayant pas été fécondés ou s'étant putréfiés.

Les 8 poussins qui naquirent étaient petits, mais très vifs et bien conformés : un seul mourut prématurément le deuxième jour, mais on ne trouva aucun bacille tuberculeux dans ses organes.

Tous les autres succombèrent dans un espace de temps variant de 20 à 78 jours, amaigris et débiles ; il fut facile de trouver dans les différents viscères, mais surtout dans le foie, des masses tuberculeuses de dimensions variables.

Sans tirer aucune conclusion de ces expériences, Maffucci fait remarquer que la durée de la maladie chez ces jeunes poulets a été celle que l'on observe chez l'animal adulte inoculé ; il est probable que l'infection s'est produite, non pas par le liquide amniotique, puisque l'auteur n'a pas trouvé de tuberculose des organes intestinaux, mais par l'aire vasculaire, ce qui explique pourquoi le foie a toujours été l'organe le premier atteint. W. ŒTTINGER.

Sur la nature tuberculeuse des synovites à grains riziformes, par WALLICH, (*C. R. Soc. Biologie*, 17 *novembre* 1888).

Des grains riziformes provenant d'un kyste synovial palmaire, chez une jeune fille déjà atteinte d'une tumeur blanche du genou, ne contenaient pas de bacilles de Koch. Inoculés dans des bouillons de culture, ces grains fournirent des colonies de microcoques mais pas de bacilles de Koch. Inoculés dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un cobaye, ces grains donnèrent lieu à une ulcération d'aspect tuberculeux; inoculés dans le péritoine du même animal, ils amenèrent l'amaigrissement et la mort, avec tuberculisation des poumons et de la rate qui contenaient de nombreux bacilles de Koch. P. L.

Ueber Metschnikoff's Theorie der tuberculösen Riesenzellen (La théorie de Metschnikoff relative aux cellules géantes de la tuberculose), par WEIGERT (*Fortschritte der Medicin*, n° 21, 1888).

Weigert n'admet point que les cellules géantes tuberculeuses agissent directement sur la vitalité des bacilles, et que ceux-ci soient modifiés par une sorte de digestion ou de sécrétion intracellulaire ; les organes glandulaires les plus puissants, ceux de l'entoderme, ne sont même pas capables de détruire des bactéries pathogènes ou non pathogènes.

Si l'on trouve dans l'intérieur de la cellule géante des bacilles modifiés dans leur forme et présentant les altérations que leur décrit Metschnikoff, ce n'est cependant point une raison suffisante pour admettre que ces altérations soient directement produites sous l'action de la cellule. Si, réellement, la cellule agissait d'une manière active, c'est surtout dans les tissus riches en cellules que la phagocytose devrait présenter son maximum d'action ; or, on sait que ce n'est pas précisément ce qui a été observé.

La cellule géante, dit Weigert, est un produit de nécrose cellulaire partielle, et les assertions de Metschnikoff relativement à l'existence de mouvements amiboïdes des cellules géantes et à la tendance qu'elles présenteraient à se diviser, ne sont pas entièrement justifiées.

W. ŒTTINGER.

Transmission intra-utérine de la pneumonie et de l'infection pneumonique chez l'homme et dans l'espèce animale, par NETTER (*C. R. Soc. Biologie*, 9 *mars* 1889).

1° Les pneumocoques, comme la plupart des microbes pathogènes, peuvent traverser le placenta et transmettre au fœtus l'infection maternelle.

2° Chez les rongeurs, ce passage paraît constant, sa conséquence est l'infection pneumonique des embryons.

3° Dans l'espèce humaine, l'infection pneumonique peut rester locale. Dans ce cas, il n'y a naturellement pas à redouter la contamination. Ce cas est sans doute le plus habituel. La pneumonie n'en reste pas moins un danger pour le fœtus exposé aux effets de l'hyperthermie et de la surcharge du sang en acide carbonique.

4° Mais la pneumonie est souvent infectante. Le sang maternel renferme alors des pneumocoques : on a trouvé ceux-ci dans les vaisseaux utérins. Ils peuvent traverser le placenta et arriver dans le sang du fœtus.

5° Ils peuvent ainsi donner lieu à une infection générale sans détermination inflammatoire locale. L'examen bactériologique seul permet, dans ce cas, de reconnaître qu'il y a eu transmission.

6° Sous l'influence de causes occasionnelles, cette infection peut s'accompagner de déterminations inflammatoires locales diverses, et en particulier de pneumonie. Mais pour cela, il est nécessaire tout au moins que l'enfant ait respiré.

7° Ce qui est vrai de la pneumonie l'est également des autres manifestations d'origine pneumococique de la mère. Une méningite suppurée, une endocardite ulcéreuse, etc., primitives à pneumocoques peuvent être suivies d'infection de l'enfant. PAUL LOYE.

Osservazioni intorno ad alcune localizzazioni della infezione determinata nell uomo dal diplococco lanceolato e capsulato del Fraenkel, par G. TIZZONI et S. MIRCOLI (*Archivio italiano di clinica medica,* XXVII, 3, *août* 1888).

Ces auteurs rappellent les nombreuses déterminations viscérales qui ont été rapportée au diplococcus lancéolé et encapsulé de Fraenkel et succèdent habituellement au foyer pneumonique. Les manifestations méningées, endocardiques, péricardiques, néphrétiques sont de notion courante. On a même observé la méningite cérébro-spinale.

Mais ces mêmes déterminations, au lieu d'être secondaires, pourraient être primitives et précéder l'apparition de la pneumonie. Les auteurs présentent à l'appui de cette thèse une observation dans laquelle les accidents semblent avoir présenté cette marche paradoxale, les phénomènes de méningite cérébro-spinale ayant dominé exclusivement pendant la vie, tandis que la lésion pulmonaire n'avait été reconnue qu'à l'autopsie et paraissait être à son début.

Deux autres observations ont trait à des déterminations spléniques intenses consécutives à des pneumonies croupales et viennent, par conséquent, à l'appui de l'idée généralement acceptée aujourd'hui, de la nature infectieuse de la pneumonie. A. SIREDEY.

Sur une méthode nouvelle et rapide de coloration de la capsule du pneumobacille de Fränkel, par U. GABBI (*La Riforma medica*, 6 *février* 1889).

Après dessiccation sur la lampe à alcool des crachats ou de l'exsudat faire tomber sur le porte-objet deux ou trois gouttes de la solution suivante (eau distillée 100, alcool absolu 15, violet de gentiane, ou violet de méthyle, ou mieux fuchsine 1 ; filtrez), laisser la solution agir pendant quelques secondes ou une minute, puis laver *rapidement* à l'eau ;

avec la fuchsine, le diplocoque est coloré en rouge foncé, la capsule en rouge plus ou moins clair suivant que le lavage a été plus ou moins prolongé. GEORGES THIBIERGE.

Contributo allo studio della meningite cerebro-spinale, par A. MONTI (*La Riforma medica, 9 et 11 mars* 1889).

Dans trois cas de méningite cérébro-spinale, Monti a trouvé le microorganisme capsulé et lancéolé de Foa et Bordoni-Uffreduzzi (diplocoque de Fränkel-Weichselbaum). Il a trouvé en outre dans un cas le staphylococcus pyogenes aureus. Il est disposé à croire, d'après des expériences faites sur des chiens, que la présence des organismes pyogènes dans les méninges est le résultat d'une infection secondaire survenue après le début du processus méningé et dont le point de départ pourrait être dans les foyers pulmonaires au niveau desquels il a constaté l'existence d'organismes pyogènes. On trouve dans des foyers de pneumonie fibrineuse sans méningite un diplocoque lancéolé et capsulé qu'il est impossible de distinguer de celui qui, dans d'autres cas, produit la méningite cérébro-spinale. GEORGES THIBIERGE.

Étude sur la vaccination charbonneuse, par GAMALEIA (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p.* 517, 1888).

La vaccination charbonneuse est un effet de la vie et de la multiplication des vaccins dans le corps des animaux. A cette reproduction est nécessairement liée la formation de produits toxiques, peut-être d'alcaloïdes spécifiques, et elle se traduit au dehors par les phénomènes de la fièvre vaccinale.

Cette culture passagère des vaccins dans le corps a pour effet l'assuétude de toute l'économie vis-à-vis de l'action nocive spécifique de la bactéridie charbonneuse. Cette assuétude se fait probablement dans toutes les cellules, nerveuses, leucocytaires et endothéliales. Habituées à ce poison, ces cellules ne se paralysent plus par son action, et peuvent se comporter vis-à-vis de la bactéridie virulente comme vis-à-vis d'une bactérie banale ou d'un corps étranger quelconque. Ainsi, par exemple, les cellules endothéliales des capillaires, au lieu de se contracter pour laisser échapper l'exsudation séreuse, ne laissent passer que les leucocytes, et ces derniers, au lieu d'être paralysés dans leurs fonctions, détruisent énergiquement les microbes, et sécrètent peut-être une substance antiseptique. A. CHAUFFARD.

Étude sur l'immunité par rapport au charbon, par PERRONCITO (*Giorn. d. R. Accad. di medic. di Torino*, 1889, *n°* 2, *et Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *avril* 1889).

Chez un bélier vacciné, Perroncito fit, à intervalles variables, 7 fois, des injections de virus charbonneux dont les premières produisirent seulement un peu de fièvre. Quatre jours après la dernière injection, l'animal fut sacrifié : au point d'inoculation, on trouva une légère infiltration sérogélatineuse, et un peu au-dessous un nodule avec foyer purulent ; le pus, quoique renfermant en même temps que le streptococcus pyogenes des

filaments sporifères ayant toute l'apparence de ceux du bacillus anthracis, et des granules ayant toute l'apparence des spores, ne reproduisit pas le bacillus anthracis par la culture. Les cultures faites avec divers tissus et leur inoculation à des cobayes ne donnèrent aucun résultat. Perroncito conclut de cette expérience qu'il y a destruction rapide, dans les tissus des animaux vaccinés, des formes des virus même les plus résistantes, telles que les spores. GEORGES THIBIERGE.

Cas rare de charbon à évolution lente ; contribution à l'étude des infections mixtes et de l'immunité héréditaire, par E. DI MATTEI (*La Riforma medica*, 21 *décembre* 1888).

Une souris inoculée avec une culture de charbon, après avoir été très abattue pendant sept ou huit jours, se remit peu à peu, mit bas six petits vivants le quinzième jour, et paraissait complètement guérie lorsqu'elle succomba inopinément le quarante-huitième jour; au point d'inoculation on trouva un abcès qui fournit des cultures de staphylococcus aureus, la rate et le foie renfermaient de petits nodules grisâtres ayant l'aspect d'abcès miliaires et, inoculés sur des plaques, produisirent des colonies de bacilles du charbon. Ces cultures, inoculées à des lapins et à des rats, reproduisirent chez eux un charbon à évolution normale. L'auteur conclut que l'infection accidentelle par le staphylocoque a été la cause, suivant un mécanisme impossible à déterminer, de la longue incubation de l'infection charbonneuse; néanmoins, le virus charbonneux n'a pas été atténué par son long séjour dans un organisme à une température de 39 à 40°, puisqu'il a reproduit le charbon par inoculation à d'autres animaux. Enfin les petits de l'animal, inoculés avec des cultures charbonneuses, ont succombé dans le même laps de temps que d'autres animaux du même âge. GEORGES THIBIERGE.

Das Verhalten der Milzbrandbacillen in der Pustula maligna... (Du sort des bactéries du charbon dans la pustule maligne ; contribution à l'étude de la phagocytose), par KARG (*Fortschritte der Medicin*, *p.* 529, 1888).

Karg rapporte l'observation suivante qui présente un très grand intérêt : un homme, employé au marché de Leipzig, succomba à une pustule maligne, développée au niveau du maxillaire inférieur, quatre jours environ après le début des accidents.

Le deuxième jour de la piqûre, le liquide qui s'écoulait de la pustule, le sang même du malade furent examinés, sans qu'on y trouvât la moindre bactérie charbonneuse ; des cultures furent également tentées, mais sans donner de résultat; des inoculations restèrent également inactives. Seul, un des animaux inoculés succomba, mais à une infection par staphylococcus et streptococcus pyogenes; l'existence de ces microorganismes fut également démontrée par des séries de cultures.

L'examen histologique de la pustule démontra, au contraire, l'existence, dans la partie périphérique, de bactéridies charbonneuses ; outre qu'elles étaient en fort petit nombre, elles se trouvaient contenues dans des cellules et pour la plupart, étaient altérées (contours inégaux, dégénérescence granuleuse du protoplasma); des bactéridies furent également trouvées au niveau d'un ulcère intestinal, dans la rate, dans les ganglions

lymphatiques; la plupart étaient incorporées dans des éléments cellulaires.

Ainsi donc, chez un homme qui succomba au charbon, peut-être également à une infection secondaire surajoutée, on ne trouvait déjà plus, le deuxième jour, le moindre bacille au niveau de la pustule, ou du moins ces bacilles avaient entièrement perdu leur virulence; il en était de même des bacilles trouvés dans les viscères après la mort, dans la rate en particulier.

L'auteur apporte ce fait à l'appui de la théorie de Metschnikoff.

W. OETTINGER.

Dégénération graisseuse aiguë du foie et spécialement des capillaires hépatiques produite, chez les animaux à sang chaud, par le bacille typhique et par les ptomaïnes, par A. PAVONE (*Il Progresso medico, juin et juillet* 1888).

Chez le cobaye, le lapin et le chien, le bacille typhique et ses ptomaïnes, injectés d'une manière quelconque, produisent constamment une dégénérescence graisseuse aiguë des capillaires hépatiques, des cellules hépatiques et des épithéliums des canaux biliaires, d'intensité variable. La dégénérescence est presque toujours plus prononcée sur les parois des capillaires et les cellules hépatiques. Dans les cellules hépatiques, le processus débute par la production de très fines gouttelettes qui occupent d'abord la partie périphérique de la cellule, puis s'étendent aux parties voisines du noyau ; dans les capillaires, la dégénérescence débute dans le voisinage immédiat des noyaux ; les noyaux sont généralement peu atteints, ce qui facilite la disparition complète des lésions. Les capillaires les premiers atteints sont ceux qui occupent la périphérie des acini, puis les moyens et les centraux. L'intensité de la dégénération ne dépend pas de la nature de la culture injectée (cultures vivantes, ou filtrées ou stérilisées par la chaleur) ni de son âge, mais seulement de la dose injectée. La dégénérescence est donc produite principalement par l'action chimique des ptomaïnes de la fièvre typhoïde sur le protoplasma cellulaire et doit être considérée comme un processus d'élimination des ptomaïnes et des bacilles à travers la glande hépatique. On doit donc attribuer une part importante au foie dans l'élimination de l'organisme de quelques bactéries et de leurs produits toxiques. GEORGES THIBIERGE

Ueber die vermeinthlichen Sporen des Typhusbacillus (Sur les prétendues spores du bacille typhique), par BUCHNER (*Centralblatt f. Bakteriol., IV p.* 353).

Gaffky avait constaté que le bacille typhique présentait, dans son intérieur, des corpuscules ronds et brillants, toujours placés à l'une des extrémités et il avait admis qu'il s'agissait là de véritables spores. Buchner, au contraire, pense que ces concrétions ne sont que l'effet d'une coagulation du protoplasma déterminée par le fait que la pomme de terre, sur laquelle se développe si bien le bacille d'Eberth, devient acide. En effet, on ne les retrouve plus si on a la précaution de rendre la pomme de terre légèrement alcaline avant de s'en servir comme milieu de culture. Ces masses protoplasmiques, contrairement à ce que présentent habituellement les spores, se colorent assez facilement, et même présentent une teinte plus foncée que le reste du bacille.

Cependant Gaffky avait annoncé que ces prétendues spores ne se coloraient pas ; ce qui a pu, en effet, donner lieu à cette opinion, c'est qu'on voit parfois sur le bacille coloré des places qui restent incolores; ce ne sont pas des spores mais des espaces produits par une sorte de rétraction du protoplasma due vraisemblablement à la dessiccation de la préparation.

L'existence de spores dans le bacille typhique est donc encore à démontrer et ce qui semble le prouver, c'est que les cultures, dont les bacilles présentent ces sortes d'altérations protoplasmiques, résistent moins que les autres à la dessiccation. W. ŒTTINGER.

Recherches sur le bacille typhique dans le sol, par GRANCHER et DESCHAMPS (*Archiv. de médecine expériment.*, 1er *janvier* 1889).

Le bacille typhique, dans les conditions où se sont placés Grancher et Deschamps, n'a pas filtré à travers le sol, avec l'eau d'irrigation ; il s'est arrêté à 40-50 centimètres de profondeur ; il vit encore en pleine terre, au milieu de tous les organismes si nombreux et si variés qu'elle contient, cinq mois et demi après son ensemencement ; il ne pénètre pas dans la pulpe des légumes sains. A. GILBERT.

Sur la coloration des bacilles dans les nodules morveux, par KÜHNE (*Fortschritte der Medicin, n° 22, p.* 860, 1888).

Pour obtenir une coloration nette des bacilles de la morve, Kühne recommande le procédé suivant : les coupes, après avoir passé dans l'eau, sont colorées pendant 3 à 4 minutes, au moyen du bleu de méthylène phéniqué (eau 100, acide phénique 5, alcool 10, bleu de méthyle 1,5), puis on les décolore par l'eau légèrement acidulée avec de l'acide chlorhydrique ; enfin, après lavage à l'eau distillée, et immersion rapide dans l'alcool, on les plonge dans un bain d'aniline, contenant 6 à 8 gouttes d'essence de térébenthine, pendant 5 ou 6 minutes. Les coupes sont ensuite montées dans le baume après action de l'essence de térébenthine et du xylol. W. ŒTTINGER.

I. — Sur l'infection paludéenne, par GIARD (*C. R. Soc. Biologie*, 24 *novembre* 1888).

II — Sur l'étiologie du paludisme, par SOULIÉ (*Ibidem*, 17 *novembre* 1888).

I. — Le parasite de la malaria, décrit par Laveran, appartient bien au groupe des sporozoaires ou psorospermies. Il se rapproche de la microsporidie qui, chez les vers à soie, détermine la maladie de la pébrine. La forme active de ces parasites est la forme plasmodiale ou monérienne qui provient des flagellates; sous cette forme ils paraissent avoir besoin, pour leur développement, des principes de l'hémoglobine. Celle-ci est transformée par le sporozoaire en un pigment noirâtre, surtout au moment où le parasite va s'enkyster pour se reproduire.

II. — Soulié a examiné à Alger le sang de 124 paludéens à des stades différents de la fièvre. Il a trouvé les corps décrits par Laveran dans six cas, soit une fois sur vingt. Il a reconnu en outre dans ce sang, chez les cachectiques, la présence presque constante d'un bacille mobile en forme d'haltère. P. LOYE.

Ueber Stomatitis ulcerosa, par FRÜHWALD (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, XXIX, Heft* 2).

Dans 11 cas, l'auteur a fait des cultures sur la gélatine ou le bouillon stérilisé avec des parcelles de la muqueuse sphacélée ; ces cultures ont été de nouveau ensemencées sur la gélatine et sur des plaques d'agar-agar. Les cultures colorées par l'aniline et montées dans le baume de Canada montrent un certain nombre de microorganismes ; parmi eux il en remarque un ayant la forme de bâtonnet dont les cultures avaient une odeur analogue à celle de la stomatite : cinq fois il a pu cultiver cette bactérie. Celle-ci présente dans les cultures récentes une forme ovoïde incurvée légèrement sur son grand axe ; plus tard c'est un bâtonnet bien net avec des extrémités arrondies. Il présente une longueur de 1,5 à 2 μ, une largeur de 0,6 à 1 μ. Ce bacille se colore avec toutes les préparations à l'aniline et résiste à la décoloration par l'alcool.

Il s'accroît très vite sur des plaques de gélatine aussi bien à la température de la chambre qu'à celle du sang ; en 24 heures déjà, il se forme des points blanchâtres qui, au bout de 48 heures, constituent des colonies grosses comme des têtes d'épingle. Les préparations d'agar et de gélatine ont une odeur fétide.

L'auteur fit des inoculations sur deux lapins avec ces cultures ; sur l'un il scarifia la muqueuse de la mâchoire supérieure avec une lancette de platine rougie au feu, puis fit une inoculation ; chez un autre, il irrita d'abord la muqueuse avec de l'eau chaude stérilisée. Chez les deux lapins, il y eut le lendemain une légère rougeur de la gencive, mais il n'y eut pas trace de stomatite ulcéreuse. BARBE.

Recherches microbiologiques sur l'utérus après la parturition physiologique, par J. STRAUS et D. SANCHEZ-TOLEDO (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *p.* 426, 1888).

Les recherches bactériologiques de Straus et de Sanchez Toledo les ont conduits à une série de constatations d'un grand intérêt. En voici le résumé.

Chez les femelles des rongeurs (lapins, cobayes, rats, souris), les cornes utérines, l'utérus, ainsi que la sécrétion qui y est contenue, ne renferment pas de microorganismes après la parturition. Bien plus, on peut, impunément, y introduire des microbes pathogènes (bacillus anthracis, vibrion septique, bactérie du charbon symptomatique, staphylococcus aureus). Même avec des quantités énormes de cultures virulentes, on ne provoque ainsi aucune infection.

Ce fait paradoxal est dû (comme le montre une note avec dessins de Mathias Duval), à ce que, au moment de la parturition, la cavité des cornes utérines des rongeurs est, dans la presque totalité de son étendue, revêtue de son épithélium normal ; la réparation de la petite plaie résultant de l'insertion placentaire doit être extrêmement rapide. Il y a donc là, dès l'instant de la parturition, un épithélium intact, et prêt à remplir son rôle protecteur. A. CHAUFFARD.

Action des staphylococci pyogènes dans les blessures de la cornée, par A. FORTUNATO (*Lo Sperimentale*, *août* 1888).

Dans les expériences sur les lapins adultes, généralement 48 heures après l'infection d'une abrasion superficielle de la cornée par les cultures de staphylococcus aureus, la cornée est détruite et l'œil est fatalement perdu par fonte purulente totale; les abrasions infectées par les cultures de staphylococcus albus guérissent quelquefois spontanément et rapidement, et même lorsqu'il y a hernie de l'iris par la perforation cornéenne, la guérison se fait rapidement avec un leucome simple adhérent. Après infection par le st. aureus des petites blessures faites par la paracentèse, l'évolution du processus pyogène est encore plus rapide, et en 30 heures la cornée est en grande partie détruite et les liquides oculaires troubles sortent de l'œil; une semblable blessure infectée par le st. albus produit inévitablement la perte de l'œil par fonte purulente, mais par un processus beaucoup plus lent (60-72 heures). Dans les plaies larges comme celles que nécessite l'extraction du cristallin, le st. aureus produit la perte de l'œil en 24 heures et le st. albus en 36 heures. La cornée blessée semble former un excellent terrain de culture pour les bactéries pyogènes : elles pénètrent dans les lacunes interlamellaires et dans le système des canalicules lymphatiques et y produisent une vive irritation amenant une rapide et abondante diapédèse de cellules lymphatiques, en même temps qu'elles ramollissent la substance albumineuse de la cornée : elles finissent par atteindre les espaces de Fontana. L'hypopyon est, du moins au début, produit par les cellules lymphatiques qui, sous l'influence de l'irritation phlogistique, quittent les vaisseaux du corps ciliaire et du grand cercle veineux de l'iris, et qui n'arrivent pas toutes jusqu'au foyer de suppuration, mais tombent dans la chambre antérieure; c'est seulement plus tard qu'il se produit sur l'iris des abcès circonscrits.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber wiederholte Infection mit pathogenen Schimmelpilze und über Abschwächung derselben (Infection répétée par les mucédinées pathogènes et son atténuation), par RIBBERT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 48, *p.* 981, 1888).

Se reportant à ses expériences précédentes (*R. S. M.*, XXXII, 58), l'auteur prend deux lapins aussi semblables que possible, et injecte à l'un d'eux, dans une veine de l'oreille, une émulsion de spores d'aspergillus flavescens. Au bout de huit jours, il injecte à l'un et à l'autre, dans la chambre antérieure de l'œil, un centimètre cube de cette même émulsion. (La plus grande partie de l'émulsion s'écoule du reste au dehors.)

Les granulations de l'iris se produisent alors chez le premier lapin avec une grande rapidité et se montrent en très grand nombre et très volumineuses. Ce développement exubérant est dû à la genèse active des leucocytes qui prolifèrent beaucoup plus chez le premier lapin que chez l'animal témoin. Ce dernier, celui qui n'a pas été préalablement inoculé, produit moins de leucocytes et a, par conséquent, des granulations iriennes de moindre volume.

Mais on remarque aussi que les plus belles granulations sont celles qui contiennent le moins de spores, que les leucocytes semblent détruire

les spores rapidement et que les grosses granulations se résorbent et disparaissent plus vite que celles de l'animal témoin.

Chez le premier lapin, l'hypopyon ne se manifeste pas ou survient tardivement ou faiblement ; chez le second, il est très net.

On peut donc attribuer à l'inoculation préventive l'activité du processus de guérison, la destruction rapide des spores par les leucocytes, d'où l'atténuation de l'infection. Ces résultats se rapprochent de ceux de Metschnikoff. L. GALLIARD.

De la présence des microbes dans des kystes dermoïdes congénitaux de la face, par Ar. VERNEUIL (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 17 *décembre* 1888).

Dans les kystes dermoïdes de la face ayant pour origine l'enclavement de certaines parties des fentes branchiales, on trouve des microbes de formes diverses, susceptibles d'être multipliés par le procédé des cultures, et qui, du reste, inoculés à des cobayes et à des souris, n'ont paru posséder aucune propriété pathogène. Dans certains cas, l'examen microscopique n'a pu révéler la présence de microbes dans le contenu de ces kystes, et cependant les cultures ont donné naissance à des colonies d'un blanc laiteux composées de microcoques non pathogènes. D'autre part, les kystes dans lesquels on a rencontré des microbes étaient en voie de progrès manifeste, et, quoique ces microbes se soient montrés non pathogènes, il est cependant possible que l'invasion microbienne ait été pour quelque chose dans cet accroissement dont les causes sont jusqu'à présent réputées inconnues. Il faut aussi remarquer que les kystes dermoïdes de la face, entièrement développés et clos pendant la vie intra-utérine, et dont la cavité n'a jamais été en communication avec le monde extérieur, n'ont pu recevoir les microbes que par l'intermédiaire du système vasculaire. Enfin, la présence des microbes dans les kystes dermoïdes, ne se révélant par aucun signe objectif ou subjectif, fournit un nouvel exemple de ce qu'on a décrit sous le nom de *microbisme latent*. M. DUVAL.

Dégénérescence amyloïde expérimentale, par BOUCHARD et CHARRIN (*C. R. Soc. Biologie*, 13 *octobre* 1888).

Les auteurs indiquent deux cas de dégénérescence amyloïde développée chez le lapin. Dans un cas, il s'agissait d'un animal inoculé avec des cultures pyocyaniques ; dans l'autre, d'un lapin inoculé avec des bacilles tuberculeux. Il semble possible d'invoquer l'infection comme cause initiale des lésions : la longue durée de l'observation des animaux paraît être la condition la plus importante pour obtenir la dégénérescence.

P. L.

Ueber die elektrische Contractilität der Larynxmuskeln nach dem Tode und den Aethereffect (De la contractilité électrique des muscles du larynx après la mort et de l'influence de l'anesthésie), par JELENFFY et von REGÈCZY (*Berlin. klin. Woch., n°* 26, *p.* 522, 25 *juin* 1888).

D'après Semon, les crico-aryténoïdiens postérieurs auraient une résistance vitale moindre que les constricteurs de la glotte. Cet auteur, assimilant les premiers aux muscles extenseurs et les seconds aux muscles

fléchisseurs, cherche des appuis à sa manière de voir dans les expériences d'Onimus (*R. S. M.*, XIX, 419) et dans celles de Jeanselme et Lermoyez (*Archives de physiol.* 1885). Onimus a montré qu'après la mort les muscles extenseurs et les nerfs qui les animent perdent plus rapidement leur excitabilité électrique que les fléchisseurs. D'autre part, Jeanselme et Lermoyez ont constaté, sur des cadavres de cholériques, que trois quarts d'heure après la mort, les crico-aryténoïdiens postérieurs ne se contractaient plus du tout, alors que les thyro-aryténoïdiens répondaient encore bien à l'excitant électrique.

Dans leurs propres expériences, Semon et Horsley (*R. S. M.*, XXIX, 20) ont trouvé que les muscles du larynx *mouraient* dans l'ordre suivant : crico-aryténoïdien postérieur, crico-aryténoïdien latéral, aryténoïdien transverse et, en dernier lieu, thyro-aryténoïdien externe

En voyant cette échelle de mortalité, Jelenffy, qui avait de la peine à admettre une résistance vitale différente pour chaque muscle laryngé, a supposé qu'elle devait n'être qu'une échelle de refroidissement, car cet ordre de disparition de la contractilité après la mort correspondait exactement à la situation plus ou moins abritée des divers muscles du larynx. Aussi, avec von Regéczy, a-t-il refait les expériences de Semon et Horsley, en ayant soin de maintenir les muscles à la température du corps. Les résultats ont été conformes à l'attente. Dès qu'on s'oppose au refroidissement du crico-aryténoïdien postérieur, il conserve son excitabilité électrique aussi longtemps que les constricteurs de la glotte. Les résultats d'Onimus sont passibles de la même interprétation, car partout, sauf au siège, les extenseurs forment une couche plus mince et partant plus prompte à se refroidir que les fléchisseurs.

N'admettant pas non plus que l'influence des anesthésiques fût spéciale au nerf récurrent, comme on le pourrait croire d'après Hooper (*R. S. M.*, XXVII, 29), Jelenffy et von Regéczy ont fait des expériences sur le nerf sciatique.

Voici comment ils résument les résultats auxquels ils sont parvenus dans leurs deux ordres d'expériences :

1° L'excitation électrique d'un nerf renfermant des fibres motrices à la fois pour les extenseurs et pour les fléchisseurs est suivie de la contraction simultanée de ces deux groupes de muscles.

2° Lorsqu'on n'exerce aucune influence particulière sur le système nerveux, c'est l'action des fléchisseurs qui prédomine.

3° Durant l'anesthésie, l'excitabilité électrique des fléchisseurs souffre en raison inverse du degré de l'insensibilité ; quand celle-ci est profonde, elle s'affaiblit aussi en raison de l'intensité du courant, mais elle ne s'éteint jamais complètement.

4° Les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs appartiennent à la catégorie des muscles extenseurs, tandis que les constricteurs du larynx doivent être rangés parmi les fléchisseurs.

5° Les extenseurs résistent mieux à l'influence des anesthésiques que les fléchisseurs.

6° On peut très bien exciter isolément les dilatateurs et les constricteurs de la glotte. La chose a son importance, car dans les paralysies des constricteurs on a voulu expliquer la fermeture du larynx consécutive à l'excitation électrique de ces muscles, en disant que c'est parce que le

courant électrique se faisait sentir aussi dans le groupe des antagonistes.

7° Lorsqu'on excite simultanément les dilatateurs et les constricteurs, les deux groupes de muscles se contractent pleinement sans que l'action de l'un efface celle de l'autre.

8° Chez le chien, l'articulation crico-aryténoïdienne est très vaste et entourée d'une capsule très résistante. Cette structure est nécessitée par le caratère spécial de la voix canine, composée surtout de sons explosifs et violents; elle explique pourquoi, dans les expériences de Schech (*R. S. M.*, II, 560), la section des crico-aryténoïdiens postérieurs n'a pas été suivie de modifications dans la voix. J. B.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

De l'action de quelques antipyrétiques sur la consommation des substances hydrocarbonées, par LÉPINE (*Archiv. de médecine expériment.*, 1er *janvier* 1889).

Chez l'animal sain, et sous l'influence des antipyrétiques, la consommation du glucose est diminuée dans les capillaires; il y a de plus diminution de la formation du glucose aux dépens du glycogène dans le foie et dans les muscles; enfin, dans certains cas, on peut même constater la diminution de la formation du glycogène. Ces faits expliquent qu'indépendamment de leur action vaso-dilatatrice, négligeable d'ailleurs chez l'animal apyrétique, ces substances, si elles sont administrées à dose suffisante, abaissent la température centrale, en diminuant la production de chaleur. A. GILBERT.

Contribution à l'étude des effets physiologiques de l'antipyrine, par CROLAS et HUGOUNENQ (*Lyon méd.*, 3 *mars* 1889).

D'après les expériences de Crolas et Hugounenq, l'antipyrine à l'état normal est sans action sur les phénomènes de nutrition.

Elle n'agit sur le sang ni pour détruire l'hémoglobine ni pour diminuer le nombre des globules.

Son action sur l'excrétion urinaire est nulle.

Les effets du médicament semblent relever de son action, élective et peut-être exclusive, sur le système nerveux. A. C.

Ueber Phenacetin, par MAHNERT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 50, *p.* 10, 27, 1888).

L'auteur étudie la phénacétine au point de vue expérimental et clinique.

Chez les animaux à sang chaud, les lapins par exemple, une dose de 15 à 20 centigrammes par kilogramme d'animal ne produit rien. Des doses de 50 centigrammes en injection sous-cutanée ou de 1 gramme à l'intérieur produisent un affaiblissement musculaire qui disparaît en quelques heures. Avec 3 grammes par kilogramme de lapin on détermine une courte excitation puis la paralysie complète des centres médul-

laires : anesthésie, paralysie motrice, perte des réflexes; au bout de quelques heures, paralysie des centres respiratoires et arrêt du cœur.

La phénacétine est l'antagoniste de la strychnine; les animaux phénacétinisés supportent d'énormes doses de strychnine.

Le médicament abaisse rapidement la température. Il provoque un peu de rougeur et de tuméfaction de la muqueuse gastrique. On le retrouve en grande partie dans l'urine. Pour le mettre en évidence, il faut ajouter à l'urine de l'acide chlorhydrique concentré, chauffer, puis ajouter du bichromate de potasse et de l'acide phénique; l'urine prend une teinte brun rouge que l'ammoniaque transforme en teinte bleue. Du reste la phénacétine produit la polyurie et l'augmentation de l'acide sulfurique éliminé; souvent l'urine des animaux en expérience détermine la réaction de Trommer sans qu'on puisse y découvrir de sucre par les autres procédés.

Chez l'homme de même que chez les animaux la phénacétine doit être considérée : 1° comme antipyrétique; 2° comme nervin.

Dans toutes les pyrexies, des doses plusieurs fois répétées de 60 centigrammes à 1gr,20 abaissent la température; elles sont très bien supportées, ne déterminent ni cyanose, ni affaiblissement du cœur.

Dans les fièvres de suppuration et les fièvres hectiques, l'auteur conseille d'administrer une dose forte au moment de l'acmé et une seconde pendant l'apyrexie avant le retour présumé de l'accès fébrile.

Contre le rhumatisme articulaire aigu, la phénacétine agit non seulement comme antithermique, mais comme *spécifique.*

L'auteur a combattu avec succès, à l'aide de la phénacétine, plusieurs névralgies trifaciales rebelles; il a calmé les douleurs lancinantes du tabes, la migraine, la céphalée neurasthénique, l'excitation de la maladie de Basedow, etc. L. GALLIARD.

Ueber Diabetes mellitus, par MERING (*Zeitschrift fur klin. Medicin, vol. XIV, p.* 485).

L'administration de phloridzine produit chez des chiens nourris exclusivement de viande une glycosurie proportionnelle à la dose. Cette glycosurie commence au bout de quelques heures pour se prolonger deux à trois jours. Elle est indépendante de l'alimentation et n'augmente pas quand aux albuminoïdes on ajoute des substances amylacées. Elle survient et peut être très considérable (12 0/00 de l'urine) sans que l'animal en expérience semble aucunement souffrant.

Chez des chiens en inanition depuis dix-huit jours, par conséquent dont ni le foie ni les muscles ne renfermaient plus de matière glycogène, la phloridzine a produit la glycosurie. Elle l'a également produite sur des oiseaux après l'extirpation du foie.

Malgré la glycosurie, la destruction des matières albuminoïdes n'est pas augmentée quand l'animal est alimenté par une alimentation mixte. Mais à l'état d'inanition cette destruction augmente dans des proportions de 50 à 100 0/00. Si l'animal est nourri exclusivement de graisse il y a encore augmentation de la destruction des albuminoïdes, mais dans des proportions bien plus faibles.

Si l'alimentation est suffisante, le sucre qui est éliminé par l'urine ne fait pas défaut à l'organisme, et cette perte n'a pas besoin d'être compen

sée par une transformation d'albuminoïdes. Quand au contraire l'animal vit sur son propre fonds, toute perte de sucre a un retentissement immédiat. L'alimentation par la graisse seule, sans empêcher ce retentissement, suffit à l'atténuer beaucoup. A. F. PLICQUE.

Circonstances qui modifient l'action de la caféine et de la théine sur les muscles volontaires, par BRUNTON et CASH (*The Journal of Physiology, vol. IX, p.* 112).

Binz, Pratt, Johannsen, Schmiedeberg, ont signalé l'espèce de rigidité musculaire produite par la caféine : dans certains cas, l'effet est poussé jusqu'à une sorte de tétanos réflexe. Les auteurs reprennent l'étude de ce phénomène de rigidité caféique et de la manière dont il est modifié par diverses substances telles que les acides (acide lactique) et les bases. Les alcalis retardent l'action de la caféine. Les sels de chaux l'accélèrent. On constate une contraction rythmique particulière avec les doses faibles de théine; elle se produit dans la proportion de 20 contractions à l'heure. A. D.

Sur l'action anesthésique locale de l'éthoxycaféine, par T. CEOLA (*La Terapia moderna, n°* 8, 1888).

Ceola, en faisant agir directement l'éthoxycaféine sur un nerf mixte, voit diminuer l'excitabilité électrique de la région correspondante ; cet effet est dû en grande partie, comme celui de la caféine, à l'action de l'éthoxycaféine sur les filets sensitifs, mais il tient aussi à son action sur les filets moteurs. En injections sous-cutanées, l'ethoxycaféine produit une anesthésie locale indiscutable, quoique un peu moins prononcée que celle produite par la caféine : la zone d'anesthésie est à peu près égale avec ces deux substances, celle de l'éthoxycaféine cependant un peu plus étendue. GEORGES THIBIERGE.

Étude comparative des propriétés physiologiques des composés chlorés de l'éthane, par R. DUBOIS (*Archiv. de physiologie, 1er octobre et* 15 *novembre* 1888).

1° Le chlorure d'éthylène, comme le chloroforme, déshydrate les éléments des lames cornéennes pendant l'anesthésie ;

2° Il fait subir à ces éléments, pendant son passage dans l'organisme, une modification profonde, laquelle permet aux liquides aqueux qui les baignent de les pénétrer, de les gonfler et de les imbiber inégalement ;

3° Cette altération doit être rapprochée des autres modifications désignées sous le nom d'accidents toxiques *en retour ;*

4° Cette lésion peut disparaître sous l'influence d'une nouvelle dose de poison ;

5° On peut obtenir un effet équivalent par l'action d'une substance toxique similaire (équivalents toxiques ou physiologiques). A. GILBERT.

Experiments on the influence of creolin on the anthrax bacillus, par W. WASHBOURN (*Guy's hosp. Rep., XLV, p.* 365).

Après avoir rappelé les recherches d'Esmarch (*Centr. f. Bakte-*

riol. 1887) et de Eisenberg (*Wien, med. Woch.*, n° 17, 1888) sur l'action antiseptique de la créoline, Washbourn rapporte celles qu'il a faites sur le bacille charbonneux. Il ressort de ses études que la créoline à 5 0/0 empêche complètement la germination du bacille, aussi bien que le sublimé à 1 0/0, tandis que l'acide phénique à 5 0/0 permet la germination bacillaire.

L'injection de créoline sur des animaux vivants a été pratiquée plusieurs fois avec des résultats différents. Neudörfer a provoqué la mort avec convulsions, en l'injectant au naturel; Behring au moyen d'une injection d'oxyde d'argent. Washbourn rapporte des expériences nombreuses faites sur les souris et les cobayes. Il résulte de ces expériences que les animaux succombent vers le 5e jour, non pas au charbon, mais bien aux lésions mécaniques produites par des embolies d'un liquide aussi épais que la créoline. D'autre part, les bacilles de l'organisme ne sont pas tous détruits, car on en retrouve quelques-uns dans la rate des animaux mis en expérience. On peut donc dire que jusqu'ici la créoline n'est un bon antiseptique que pour désinfecter une plaie, et qu'il est difficile et dangereux de la faire pénétrer dans l'organisme. H. R.

I. — Zur physiologischen und therapeutischen Wirkung des Hyoscinum hydrochloricum, par Eug. KONRAD (*Centralbl. f. Nervenheilk*, n° 18, 15 *septembre* 1888).

II. — De l'hyoscine, par LEMOINE (*Gaz. méd. de Paris*, 19 *janvier* 1889).

I. — Konrad fait remarquer qu'il existe en général une accélération initiale et toujours un ralentissement consécutif du pouls; que ce médicament peut causer en outre des irrégularités du pouls. Chez les animaux, notamment ches les chiens, des doses de 2 milligrammes produisent de violents symptômes. Chez l'homme, des doses de 1/2 à 1 milligramme agissent d'une façon très énergique; après un laps de temps de 10 à 50 minutes, pesanteur des membres, de la tête, sensation de chaleur, sécheresse de la gorge, vision trouble, dilatation des pupilles, vertige, démarche incertaine, secousses dans les bras, etc., le sommeil ne vient que plus tard (au bout de 1 à 3 heures). Souvent il existe des hallucinations analogues à celles des alcooliques. En résumé, les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1) Dans les états d'excitation violente, des formes chroniques d'aliénation, surtout quand il y a agitation motrice et tendances destructives, on peut employer l'hyoscine à des doses de 1/2 à 1 milligramme, mais cela d'une façon temporaire, qui ne devra pas être prolongée plus de deux à trois jours de suite.

2) Dans les psychoses aiguës curables, ne pas employer ce médicament tant qu'on pourra arriver à calmer le malade par d'autres moyens. Mais si on a à craindre la consomption des forces, quelques doses d'hyoscine, à intervalles éloignés, peuvent rendre des services.

3) Chez les cardiaques, l'emploi de l'hyoscine est contre-indiquée.

PIERRE MARIE.

II. — L'hyoscine, alcaloïde isomère de l'hyosciamine et de l'atropine, qu'on emploie à l'état de chlorhydrate, est un mydriatique puissant et offrant une action plus prolongée que l'atropine, plus active et plus

sûre dans ses effets que la belladone. Cliniquement il a été utilisé comme hypnotique et comme calmant dans les maladies nerveuses, principalement en Allemagne, où l'on pratique des injections sous-cutanées de 2 à 3 dixièmes de milligramme; généralement on ne dépasse pas un milligramme. Chez les aliénés, les épileptiques, il produit tantôt un sommeil profond, tantôt une torpeur avec insensibilité aux excitations extérieures. Il est contre-indiqué toutes les fois qu'il existe une lésion organique et chez les individus sains, atteints d'insomnie de cause morale. Son usage n'est bien indiqué que dans les psychoses, et encore y a-t-il de nombreuses réserves à faire. OZENNE.

Sull'azione fisiologica e terapeutica dell'uralio, par G. POPPI (*La Riforma medica*, 6 *avril* 1889).

L'ural, composé de chloral et d'uréthane, étudié au point de vue chimique par Bischof, produit chez les animaux un sommeil moins profond que le chloral. Administré à des sujets atteints d'insomnie, il produit un sommeil léger qui cède lorsqu'on appelle les malades à haute voix; il s'accompagne d'une légère augmentation de la fréquence du pouls; chez les phtisiques, la toux se calme; à la dose de 3 grammes, l'ural laisse au réveil une sensation de pesanteur céphalique avec somnolence. Pendant le sommeil, la tension sanguine est abaissée. Le sommeil se produit également chez les aliénés. L'action de l'ural est plus constante que celle de l'uréthane, elle ne manque jamais avec une dose de 3 grammes, elle est assez rapide. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die physiologische und klinische Wirkung des schwefelsäuren Spartein (Sur l'action physiologique et clinique du sulfate de spartéine), par A. GLUZINSKI (*D. Arch. f. klin. Med., Band* 44, *p.* 131).

Le sulfate de spartéine exerce une influence prononcée sur la circulation, chez les animaux à sang froid plus encore que chez les animaux à sang chaud. Il y a à la fois ralentissement du cœur et augmentation de la pression sanguine. Chez les mammifères, en élevant successivement les doses, on peut observer trois phases successives : le ralentissement est au maximum dans la première et la troisième phase; dans la seconde, au contraire, il est moins marqué, le pouls est même quelquefois accéléré

Cela s'explique par l'action de la spartéine successivement sur le nerf pneumogastrique et sur le muscle. Le pneumogastrique est tout d'abord plus sensible à l'irritation; plus tard son excitabilité diminue d'une façon lente et constante. Les muscles, bien que leur excitabilité diminue, se contractent plus vigoureusement, plus tard leur excitabilité et leur énergie diminuent simultanément (3e stade). Les centres d'arrêt du cœur sont paralysés par la spartéine.

La spartéine est sans influence, semble-t-il, sur les nerfs périphériques.

Son influence sur la moelle se traduit tout d'abord par une augmentation, plus tard par une diminution des réflexes. La mort survient par asphyxie, sans doute par paralysie des centres respiratoires.

En clinique, le sulfate de spartéine à la dose de 0gr,02 à 0gr,05 exerce une influence heureuse dans les cas de lésions orificielles non compensées. Le pouls se relève, l'état général s'améliore. La rapidité

d'action est la qualité dominante de la spartéine, elle agit beaucoup plus rapidement, mais aussi beaucoup moins énergiquement que la digitale. A cause même de cette rapidité d'action, il serait indiqué de l'essayer dans l'angine de poitrine. A. MATHIEU.

Toxicité de la digitale et de la digitaline, par G.-H. ROGER (*C. R. Soc. biologie* 26 *janvier* 1889).

Le pouvoir toxique de la macération de digitale diminue dans des proportions très notables quand on la concentre au bain-marie. En même temps que la toxicité diminue, on voit disparaître deux des principaux phénomènes de l'empoisonnement, le myosis et les convulsions. La toxicité de la digitale (et celle de la digitaline) n'est pas modifiée quand ces médicaments traversent le foie. PAUL LOYE.

Action comparée de la strophantine, de la digitaline et de la spartéine sur les contractions du cœur et la pression sanguine, par LABORDE (*C. R. Soc. biologie*, 23 *février* 1889).

La strophantine représente le summum d'activité sur la fonction cardio-vasculaire; mais elle est douée d'une variabilité d'effets contrastants (effets vaso-constricteurs périphériques) qui suggèrent des indications thérapeutiques exceptionnelles. Ses indications sont restreintes aux cas où il s'agit de donner un violent coup de fouet à la fonction cardiaque tout à fait languissante.

La digitaline représente l'intermédiaire avec équilibration à peu près parfaite de ses effets.

Enfin la spartéine est l'excitant par excellence, le propulseur, en quelque sorte, de la contraction cardiaque, sans presque toucher à la pression.

PAUL LOYE.

Ueber die relative Giftigkeit... (Sur la toxicité relative des acides oxalique, malonique, succinique et pyrotartrique), par HEYMANS (*Archiv für Anat. u. Physiologie, anat. Abth. p.* 168, 1889).

Les poids moléculaires des quatre acides homologues oxalique, malonique, succinique et pyrotartrique étant respectivement 90, 104, 118, 132, il s'ensuit que les quantités équivalentes de ces acides sont pour 100 d'acide oxalique, 115,5 d'acide malonique, 136 d'acide succinique de 147,4 d'acide pyrotartrique. A priori, on aurait pu s'attendre à trouver la toxicité de ces acides proportionnelle à leur poids moléculaire. Or, il n'en est rien. Les doses toxiques pour une grenouille de 25 grammes sont respectivement de 1 centigramme d'acide oxalique, 2 à 2,5 centigrammes d'acide malonique, 4,5 à 5 centigrammes d'acide succinique et à 6,5 centigrammes d'acide pyrotartrique. La toxicité décroit donc très rapidement avec le poids moléculaire.

L'oxalate de sodium est presque aussi toxique que l'acide oxalique, tandis que les sels des trois autres acides ont à peu près perdu les propriétés toxiques de leurs acides. LÉON FREDERICQ.

I. — Ueber den Einfluss von Urethan, Antipyrin und Antifebrin... (Influence de l'uréthane, de l'antipyrine et de l'antifébrine sur la destruction organique de l'albumine), par R. H. CHITTENDEN (*Zeits. f. Biologie, VIII, p.* 474, 1888).

II. — Untersuchung über die physiologische Wirkung der Uransalze, par R. H. CHITTENDEN et A. LAMBERT (*Ibidem, VIII, p.* 513).

I. — Le tableau suivant résume les résultats d'analyses d'urines entreprises chez des sujets avant, pendant et après l'ingestion d'uréthane ($CO.AzH^2.O.C^2H^5$), de paraldéhyde, d'antipyrine et d'antifébrine.

INGESTION	QUANTITÉ D'URINE en 24 heures	DESTRUCTION D'ALBUMINE.	EXCRÉTION de PHOSPHORE	EXCRÉTION D'ACIDE URIQUE
Uréthane (chez l'homme).	Augmente au début puis diminue.	Diminue.	Augmente pour de petites doses, diminue pour de fortes doses.	»
Paraldéhyde (chez le chien).	Augmente à peine.	Reste à peu près la même (très légère diminution).	Diminue à peine.	»
Antipyrine (chez l'homme).	Diminue.	Diminue.	Reste la même.	»
Antifébrine (chez l'homme).	Reste la même.	Augmente très légèrement.	Reste la même.	Diminue.

II. — Les animaux empoisonnés par les sels d'urane présentent des symptômes d'irritation locale du tube digestif (entérite ou catarrhe aigu), une destruction inflammatoire du parenchyme rénal des plus marquées s'accompagnant d'albuminurie, des troubles nerveux se traduisant par un manque de coordination des mouvements et même de la paralysie.

La nutrition est profondément modifiée, il y a augmentation de la destruction d'albumine, au moins au début, ainsi que de la température et de l'excrétion de CO^2. On observe aussi de la glycosurie. LÉON FREDERICQ.

Action physiologique du bornéol. Contribution à la pharmacologie du groupe camphorique, par R. STOCKMANN (*The Journal of Physiology, vol. IX, p.* 65).

Le camphre et les huiles essentielles ont été employées en thérapeutique pour accroître l'excitabilité médullaire. L'expérimentation justifie cet emploi. En tant que stimulant cardiaque, leur action est analogue à celle de l'alcool. Cependant le bornéol et le menthol déterminent en outre une dilatation vasculaire périphérique. A. D.

De l'action du chloral, de la paraldéhyde, de l'hydrate d'amylène et du sulfonal sur les digestions artificielles, par A. CRAMER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 696, 20 *août* 1888).

1° Ni la paraldéhyde, ni l'amylène, ni le sulfonal n'entravent sérieusement l'action diastasique de la salive. Le chloral a été exclu de cette catégorie d'expériences, à cause de son pouvoir réducteur.

2° A dose concentrée (1/20) le chloral, la paraldéhyde et l'amylène ralentissent considérablement la digestion de la fibrine par le suc gastrique artificiel; à dose plus diluée (1/80), ces soporifiques n'ont, comme le sulfonal, aucune action sur cette digestion.

3° Le chloral, la paraldéhyde et l'amylène, aussi bien à dose diluée (1/80) qu'à dose concentrée (1/20) ralentissent considérablement la digestion de la fibrine par le suc pancréatique artificiel, tandis que le sulfonal ne l'entrave nullement. J. B.

Recherches comparatives sur l'action de quelques poisons sur les glandes salivaires, par L. TARULLI (*La Medicina contemporanea*, 15 *novembre* 1888).

Les sialagogues peuvent être divisés en 3 groupes :

A. Substances qui provoquent la sécrétion salivaire même lorsque la glande est privée de son innervation extrinsèque. La salive est trouble, visqueuse, lactescente (salive du sympathique). Ces substances sont : suivant l'ordre de l'intensité et de la persistance de leur puissance sialogène : 1° la pilocarpine qui excite légèrement la corde du tympan, 2° la muscarine qui n'excite pas la corde, 3° la neurine dont l'action est beaucoup plus faible que celle des deux précédentes et qui n'agit pas à jeun.

B. Substances qui ne provoquent pas la sécrétion salivaire quand la glande est privée de son innervation extrinsèque. La salive est limpide, fluide, transparente (salive de la corde du tympan). Ces substances sont : 1° l'ésérine qui a une très grande puissance d'action, 2° le curare qui a une faible puissance, mais qui, comme l'ésérine, agit à jeun ; 3° le mercure qui a une action incertaine et faible et n'agit pas à jeun.

C. Substance qui agit probablement sous une influence d'origine cérébrale : la morphine qui n'agit ni pendant l'anesthésie ni après la destruction du bulbe, et qui n'a qu'une action très indirecte sur les glandes salivaires. GEORGES THIBIERGE.

Acute mercurial poisoning, par LOOMIS (*New York med. record*, *p.* 24, 5 *janvier* 1889).

Homme de 26 ans, prend 10 grains de bichlorure; puis, saisi de remords, il vient à l'hôpital. On lave l'estomac et on lui fait prendre du lait et des œufs. Il s'affaiblit graduellement, faiblesse du pouls, refroidissement des extrémités, douleurs dans le pharynx, sensation de constriction dans la gorge, douleurs épigastriques, vomissements fréquents de mucus teints en vert, quelquefois il y a du sang. Urine normale. Mort en quatre jours.

Autopsie. Enduit blanchâtre sur la bouche, la gorge et l'œsophage. L'estomac présente au cardia, le long de la grande courbure et surtout près du pylore, des taches noires, bigarrées et irrégulières; pas de sang dans la cavité; deux petites ulcérations près du pylore. Au microscope, les taches irrégulières sont des hémorragies dans la muqueuse. Intestin grêle normal.

Traînées congestives et ecchymoses dans le gros intestin. Néphrite parenchymateuse; congestion du foie. P. DUFLOCQ.

Præparate eines Falles von Quecksilbervergiftung (**Empoisonnement par le cyanure de mercure**), **par VIRCHOW** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, *p.* 1017, *et n°* 51, *p.* 1036, 10 *et* 17 *décembre* 1888).

Jeune pharmacien ayant succombé 8 jours après s'être empoisonné par du cyanure de mercure.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est que les lésions sont absolument semblables à celles déterminées par le sublimé corrosif (*R. S. M.*, *XXXI*, 555 et *XXXIII*, 73).

Toutes les parties du tube digestif, situées au-dessus du pylore, bien qu'ayant été en premier lieu touchées par le poison, ne présentent aucune trace de cautérisation. Le pharynx offre seulement la rougeur et le gonflement d'une pharyngite aiguë simple ; la portion la plus inférieure de l'œsophage est seule gonflée, plissée et un peu trouble, mais ni mortifiée ni ulcérée. La muqueuse gastrique est intacte, à part l'inflammation. En revanche, le duodénum et la dernière portion de l'iléon présentent une tuméfaction congestive intense due à la dilatation des veines muqueuses et sous-muqueuses ; le jéjunum est presque indemne. Le gros intestin offre les lésions bien connues de la dysentérie, c'est-à-dire que les altérations sont beaucoup plus marquées en certains points, correspondant aux courbures : 1° cœcum ; 2° arc hépatique ; 3° arc splénique ; 4° partie inférieure de l'S iliaque et rectum. Les altérations sont d'autant plus graves, qu'elles occupent une région plus basse du gros intestin. On a donc là une preuve manifeste qu'elles ne sont pas le résultat du contact direct du toxique.

Ces lésions débutent par de la rougeur, du gonflement et un peu d'œdème et se terminent par des ulcérations diphtéritiques. Toute la substance corticale des reins, mais plus spécialement les *tubes flexueux*, regorgent de concrétions calcaires *visibles seulement au microscope*, fait important à retenir pour les médecins légistes. A l'œil nu, on distingue uniquement une tuméfaction trouble, modérée, de la substance corticale.

Les poumons, très congestionnés et œdématiés, renferment beaucoup de corpuscules amylacés et quelques embolies graisseuses.

La chaux rénale se trouve, non dans l'épithélium des tubes flexueux, mais à l'intérieur de leur calibre ; elle y forme des granulations de divers volumes, des globules et des amas. La tunique propre n'en contient pas, ce qui différencie cet état de celui des infarctus calcaires communs des reins et le rapproche des métastases calcaires qu'on observe à la suite de tumeurs malignes des os. Cette similitude de phénomènes anatomo-pathologiques vient à l'appui des recherches de Prévost (*R. S. M.*, *XXII*, 80), quant à l'action des sels de mercure sur le squelette. Virchow repousse, au contraire, l'opinion de E. Kaufmann, qui explique les dépôts calcaires par des lésions locales du parenchyme rénal consistant en une mortification de l'épithélium et surtout en une obstruction des petits vaisseaux occasionnée par une dyscrasie fermentative. Virchow conteste, en effet, l'analogie qu'admet Kaufmann entre l'hydrargyrisme et les infarctus hémorragiques ; car les dépôts calcaires ne s'effectuent au sein de ces derniers qu'à une période tout à fait tardive, dans la phase régressive de l'infarctus. Virchow n'a d'ailleurs, dans l'empoisonnement mercuriel, vu nulle part d'obstruction des vaisseaux rénaux. J. B.

Quecksilberintoxication... (Mort à la suite d'injections sous-cutanées de calomel), par RUNEBERG (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 1, *p.* 4, 1889).

Femme de 34 ans, entre à la clinique d'Helsingfors, le 27 avril 1888, anémique et très affaiblie, ayant des épistaxis fréquentes, de la diarrhée et l'haleine fétide. T. 38°,6. Ventre sensible à la pression, rate tuméfiée; un peu d'œdème. Les globules rouges paraissent inégaux, généralement plus petits qu'à l'état normal; pas de leucocytose. On diagnostique : anémie pernicieuse. Cependant, on constate dans les selles des œufs de bothriocéphale, et les gencives offrent des ulcérations profondes.

Puis l'auteur apprend que la patiente a été traitée pour la syphilis : elle a subi le 12 mars, le 20 mars et le 13 avril, trois injections de calomel de 0,10 centigrammes. Or, la stomatite a débuté le 31 mars.

Mort le 6 mai.

Les viscères sont exsangues. Dans le gros intestin, nombreuses hémorragies superficielles, fausses membranes, ulcérations profondes (entérite mercurielle). Le foyer de la dernière injection faite dans la fesse contient du pus et une grande quantité de mercure. L. GALLIARD.

Absichtliche Vergiftungen beim Menschen mit Kali Chloricum (Empoisonnement par le chlorate de potasse), par SCHUCHARDT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 41, *p.* 835, 1888).

Aux faits déjà connus de Mendelsohn et de Lacassagne, l'auteur ajoute le suivant, dû à Sabarth :

Un homme de 26 ans absorbe, en trois fois, volontairement, une quantité de chlorate de potasse qu'on peut évaluer à 80 ou 90 grammes, dissoute dans de l'eau de Seltz. Le médecin arrive peu après, à 2 heures et demie. Vomissement d'une énorme quantité de liquide clair, d'odeur acide, puis évacuation intestinale copieuse. Cyanose de la langue, des lèvres, des doigts ; algidité, sueurs froides.

A 10 heures et demie du soir, coliques nécessitant une injection de morphine. Pouls 76, soif vive, ténesme rectal, anurie.

Le lendemain, cyanose plus marquée, ténesme vésical et rectal très pénible, sueurs froides, anxiété, soif ardente. Mort à 4 heures après-midi, 26 heures après l'ingestion du chlorate de potasse.

Pas d'autopsie. L. GALLIARD.

Toxical effects of boracic acid, par Geo WELCH (*New York med. record, p.* 531, 3 *novembre* 1888).

L'auteur traite les écoulements vaginaux de toute nature par des applications locales d'acide borique en poudre; un tampon d'ouate assure le contact; il est laissé en place deux à trois jours, et renouvelé deux à trois fois par semaine.

1er cas. Le traitement est fait comme ci-desssus, les 4, 11, 18, 25 septembre, les 9, 16, 23 octobre et le 13 novembre. Le 23 W. trouve la malade ayant les pieds, les mains et la face comme s'ils avaient été trempés dans une solution alcaline caustique, ce trouble avait été précédé de fourmillements ; un liquide âcre s'écoulait du vagin; une démangeaison vive apparut sur tout le corps, la leucorrhée revint abondante. Le 1er décembre tout avait disparu.

2e cas. Sept fois chez cette malade le traitement fut appliqué sans incident; deux jours après, elle est en collapsus, le pouls à peine sensible, la voix cassée. Elle se plaint de douleurs dans le vagin écoulement âcre; ulcération

de la muqueuse; les stimulants en boisson, les palliatifs locaux amenèrent la guérison;

3e cas. Semblable.

En résumé l'empoisonnement ressemble à celui que causent les caustiques alcalins. P. DUFLOCQ.

De l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par P. GUTTMANN, LŒWENSTEIN, PULVERMACHER, LEYDEN, FÜRBRINGER, THORNER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 998, 3 *décembre* 1888).

P. Guttmann rapporte le cas suivant d'intoxication par l'oxyde de carbone.

Une jeune fille est amenée à l'hôpital en état d'insensibilité absolue, la respiration très dyspnéique et irrégulière, le pouls petit et fréquent. Respiration artificielle, analeptiques, faradisation des phréniques, n'amenant aucun signe de réaction au bout de plusieurs heures, on pratique une saignée suivie de la transfusion veineuse de 200 centimètres cubes de sang humain défibriné. Le lendemain, même état; le surlendemain au soir, symptômes d'œdème de la glotte nécessitant la trachéotomie. Mais la malade reste plongée dans le coma et succombe dans l'après-midi du jour suivant, c'est-à-dire le quatrième jour. A l'autopsie, rien d'anormal dans les viscères.

Lœwenstein, dans des cas désespérés, a vu des succès par l'emploi combiné de la respiration artificielle, des stimulants cutanés, du réchauffement des parties périphériques et de la saignée sans transfusion.

Pulvermacher a vu guérir une femme presque *in extremis* et chez laquelle l'insensibilité durait déjà depuis 10 heures. Le coma céda au bout de 60 heures à la suite de la respiration artificielle, des analeptiques, etc.

Leyden considère que la transfusion agit comme un véritable contrepoison; quand on opère avec du sang humain, elle n'a d'autres inconvénients que la possibilité d'embolies capillaires de poumon, éventualité qui ne saurait entrer en ligne de compte avec l'utilité de la transfusion. L'infusion de chlorure sodique, préconisée par Fraentzel, ne saurait la remplacer, car elle n'introduit pas d'hématies saines.

Fürbringer a vu, dans des incendies s'accompagnant d'un abondant dégagement de fumée, des individus intoxiqués par l'oxyde de carbone, revenir à la connaissance, à la suite de la respiration artificielle, c'est-à-dire échapper aux dangers de l'empoisonnement proprement dit, mais succomber plus tard à des affections secondaires dues aux produits de la distillation sèche qui entrent dans la composition de la fumée des objets incendiés. L'irritation occasionnée par ces produits détermine, ainsi que l'a observé Fürbringer, de l'œdème inflammatoire du larynx, de la bronchite purulente et même de la pneumonie chez les personnes trouvées inanimées dans des chambres en feu. Chez des enfants, Fürbringer a noté tous les symptômes de la laryngite croupale au bout de plusieurs jours, de sorte qu'on était forcé de faire la trachéotomie. Les produits qui provoquent ces accidents ne sont pas encore bien connus; la combustion du bois et de la paille, celle des vêtements et des étoffes semblent particulièrement dangereuses sous ce rapport.

Thorner signale à cet égard la nocuité de certaines substances chimiques, telles que l'acide nitreux, qu'on retrouve dans les produits de combustion et qui sont dangereuses pour les organes respiratoires. En

faisant des expériences avec une pile de Grove, Thorner a été pris d'une bronchite croupale avec hémoptysie, résultat de l'inhalation des vapeurs nitreuses. J. B.

Un cas de saturnisme héréditaire, par H. LEGRAND et WINTER (*C. R. Soc. biologie*, 26 *janvier* 1889).

Cette observation montre la transmission de la mère au fœtus d'un poison, le plomb, classé parmi les moins solubles. Le poison a été retrouvé dans le foie et dans la rate : il a produit de l'irritation parenchymateuse, de la cirrhose systématique et de l'arrêt de développement. P. L.

Trois cas de cocaïnisme chronique, par MAGNAN et SAURY (*C. R. Soc. biologie*, 26 *janvier* 1889).

Le symptôme prédominant chez les trois malades observés tient à la sensibilité générale : les hallucinations de cette dernière ont eu pour caractère particulier de faire naître la sensation d'un corps étranger sur la peau. Les hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, sont venues plus tard. L'analgésie était peu accusée chez les trois malades : deux d'entre eux ont eu des attaques épileptiques. PAUL LOYE.

Ein Fall von Antifebrinvergiftung (Empoisonnement par l'antifébrine, par C. S. FREUND (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 41, *p.* 834, 1888).

Un homme de 29 ans, bien portant jusque-là, se réveille le 20 juillet avec un violent mal de tête, attribuable aux libations de la veille. Il envoie chercher à la droguerie voisine un remède pour 10 pfennigs. On lui envoie une poudre (il s'agissait de 6 grammes d'antifébrine pure) dont il prend d'abord la moitié à 11 heures, puis le reste à 3 heures après-midi.

A 4 heures, lividité de la peau, cyanose, raideur des bras et des jambes ; le sujet se rend à l'hôpital en chancelant, à 5 heures et demie. Température normale. Pouls 152. Pas d'autre symptôme que la cyanose de la face et des extrémités, et l'accélération du pouls.

Le 21 juillet, la cyanose a diminué. Pouls 81. Le sang pris aux doigts a la coloration normale ; au spectroscope, pas de raie de méthémoglobine.

La cyanose ne disparaît complètement que le 23 juillet, dans l'après-midi.

L'urine fournit les réactions caractéristiques de l'antifébrine. L. GALLIARD.

Recherches expérimentales sur l'empoisonnement par la strychnine, par LOWETT (*The Journal of Physiology*, *vol. IX*, *p.* 99).

L'auteur s'est proposé de chercher si la strychnine, dont l'effet principal porte sur la moelle épinière, doit cette propriété à ce que la substance s'accumule davantage dans cet organe ou bien à ce que, pour des doses égales, la moelle serait plus impressionnable à cet agent. Il a constaté qu'en effet, dans l'empoisonnement strychnique, le poison est plus abondant dans la moelle, fait qui peut avoir un certain intérêt au point de vue de la médecine légale. Il n'y a pas de moyens de savoir si, d'autre part, l'impressionnabilité de la moelle est plus grande que celle des autres organes. Une dose massive de strychnine peut produire la mort sans convulsion ni rigidité : fait connu. A. D.

THÉRAPEUTIQUE.

L'hygiène thérapeutique, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*In*-8°, *Paris*, 1888).

Cette nouvelle série de dix conférences est consacrée à « l'étude de tous les agents que la thérapeutique peut tirer de l'hygiène pour la cure des maladies ».

La plus large part, dans cet exposé physiologique et clinique, est faite à la *kinésithérapie* et à la *massothérapie*, ou à ce que l'on nomme plus simplement la gymnastique et le massage. L'on y trouvera très au complet l'histoire des effets physiologiques, des méthodes, et des applications de ces deux médications dont la vogue grandit d'année en année.

Plus importants encore sont les chapitres consacrés à l'hydrothérapie, à ses effets physiologiques, à ses modes d'application, aux résultats que l'on peut en attendre dans le traitement des maladies chroniques, ou des maladies aiguës et fébriles. Quant à l'aérothérapie, et à la climatothérapie, l'auteur, forcé de se maintenir dans le domaine de la théorie, en a un peu écourté l'étude, un peu trop, peut-être, au gré du lecteur.

En somme, ce nouveau volume de Dujardin Beaumetz mérite les mêmes éloges que ses aînés : comme eux il est très clair, très pratique, très instructif.

A. CHAUFFARD.

I. — Ueber die physiologische und therapeutische Wirkung des Strophanthus kombé als Herzmittel und Diureticum, par M. BLUMENAU (*Berlin. klin. Woch.*, n° 48, *p.* 961, 26 *novembre* 1888).

II. — Recherches expérimentales sur l'action du strophantus hispidus, par G. LEMOINE (*C. R. Soc. Biologie*, 26 *mai* 1888).

III. — Ueber die physiologische Wirkung des Strophantins (Action physiologique de la strophantine), par J. POPPER (*Centralbl. f. d. med. W.*, *p.* 418, 1888).

IV. — Action thérapeutique du strophantus et de la strophantine, par G. RUMMO (*La Riforma medica*, n°s 209 *à* 215, 1888).

V. — Sur l'emploi clinique du strophantus, par MONCORVO et FERREIRA (*Union médicale*, 25 *octobre* 1888).

VI. — Traitement de la fièvre typhoïde par l'inée, par POULET (*Soc. de thér.*, 12 *décembre* 1888).

VII. — La teinture de strophantus Kombé et son influence sur le choc cardiaque d'après la vue, la palpation, les graphiques, par Hermann HAAS (*D. Arch. f. klin. Med.*, *XLIII p.* 353).

VIII. — La strophantine et les strophantus, par G. SÉE et GLEY. (*Bull. de l'Académie de médec.*, 13 *novembre* 1888).

IX. — Le strophantus dans les maladies du cœur, par BUCQUOY — Discussion (*Ibidem, janvier et février* 1889).

I. — Blumenau a essayé les effets de la strophantine sur des gre-

nouilles, des chiens et des lapins. Les grenouilles recevaient une injection sous-cutanée de 0 milligr. 1 à 0 milligr. 3. Voici les phénomènes notés du côté du cœur et du système vasculaire :

1° L'arrêt du cœur se produit avant les autres phénomènes.

2° Le pouls se ralentit plus ou moins.

3° La systole devient plus énergique et plus prolongée. Plus tard, la diastole augmente aussi de durée ou s'effectue en deux phases, dont la deuxième seule est un relâchement parfait du ventricule. Peu avant l'arrêt définitif du cœur, la diastole devient partielle. L'arrêt a lieu durant la systole ventriculaire ; les oreillettes, gorgées du sang, battent encore quelque temps, puis s'arrêtent en diastole.

4° L'excitation mécanique ou électrique du ventricule, aussitôt après son arrêt, détermine parfois un relâchement localisé, mais jamais de contractions ; au contraire, les oreillettes, excitées dans les mêmes conditions, peuvent se contracter rythmiquement.

5° Ni la section des pneumogastriques, avant ou après l'injection de strophantine, ni l'empoisonnement par l'atropine n'exercent d'influence marquée sur l'évolution des phénomènes.

6° Les mêmes phénomènes s'observent aussi bien sur les grenouilles dont on a détruit le cerveau et la moelle que sur le cœur de l'animal extrait isolément.

7° Durant l'action de la strophantine, il y a accroissement notable de l'excitabilité de l'appareil périphérique et central d'inhibition du cœur.

8° En observant au microscope les vaisseaux sanguins de la membrane natatoire, on ne remarque pas qu'ils se rétrécissent après l'injection sous-cutanée de 0,1 à 0,2 milligrammes de strophantine. En revanche si, chez les grenouilles dont le système nerveux central est détruit, on fait passer dans les vaisseaux sanguins, sous une pression constante, une solution de chlorure sodique à 0,7 0/0, pure ou additionnée de strophantine, on note une contraction vasculaire assez considérable, conséquence d'un effet direct sur les fibres musculaires des vaisseaux.

Les animaux à sang chaud qui ont servi aux expériences de Blumenau étaient généralement curarisés et soumis à la respiration artificielle. Les solutions aqueuses de strophantine étaient injectées directement dans la veine fémorale. Il résulte de nombreuses expériences qu'on peut distinguer trois périodes dans l'évolution typique des phénomènes. Dans la première période, il y a augmentation de la pression sanguine et ralentissement plus ou moins considérable du pouls, dont les ondes atteignent une grande hauteur. Dans la deuxième période, la diminution de fréquence du pouls fait le plus souvent brusquement place à une accélération notable, tandis que la pression sanguine s'élève encore davantage. Enfin, dans la troisième période, le pouls, qui reste très accéléré, devient par instants irrégulier et petit, pendant que la pression sanguine s'abaisse progressivement au dessous de la normale et y demeure jusqu'à l'arrêt du cœur qui se produit ordinairement d'une façon soudaine. L'injection d'une nouvelle dose de strophantine dans le cours de la 2e ou de la 3e période n'est plus capable de provoquer un ralentissement du pouls. Naturellement, la phénoménologie décrite évolue un peu différemment suivant

les doses injectées. Quand la dose de strophantine est petite (0,03 à 0,06 millig. par kilog.), on n'observe que la première période. Les doses moyennes (0,17 à 0,27 millig. par kilog.) donnent lieu déjà aux 3 périodes. Enfin les doses plus fortes (à partir de 0,4 millig.) ne laissent pas à la 3e période le temps de se produire, car au milieu d'une élévation tumultueuse de la pression sanguine, on voit brusquement se faire l'arrêt du cœur.

Chez les animaux non curarisés, la respiration continue encore quelque temps après l'arrêt du cœur qu'il est impossible de faire cesser par quelque excitation que ce soit. Les ventricules restent à demi contractés ou bien dilatés, tandis que les oreillettes regorgent de sang.

Quand on injecte de la strophantine à un animal auquel on a pratiqué auparavant la section des deux troncs pneumogastriques, elle ne produit aucun ralentissement du pouls. D'autre part, si l'on fait la section de ces deux nerfs, alors que le ralentissement du pouls s'est déjà produit, on voit survenir immédiatement une accélération notable de la fréquence du pouls. D'où deux conclusions :

1° Le ralentissement du pouls caractéristique de la première période est le résultat d'une excitation de l'appareil central d'inhibition.

2° Les terminaisons périphériques des pneumogastriques qui, après la section des troncs nerveux, demeurent encore soumises à l'influence du médicament, ne prennent aucune part essentielle à la production de ce ralentissement du pouls.

Les expériences dans lesquelles on injecte dans le sang, avant ou après la strophantine, du sulfate d'atropine, ont fourni des résultats parfaitement concordants avec les précédents.

D'un autre côté, on constate qu'après l'injection de strophantine, l'excitabilité de l'appareil inhibiteur périphérique n'est pas accrue pendant la première période, tandis que plus tard, elle est diminuée ; celle de l'appareil d'inhibition central est faiblement accrue durant la première période. Donc l'accélération du pouls, caractéristique pour les deux premières périodes, est principalement l'effet d'une paralysie des appareils d'inhibition du cœur. Quant à l'accroissement de la pression sanguine, le centre vaso-moteur placé dans le bulbe n'y a pas de part essentielle, puisque cet accroissement persiste au même degré chez les animaux auxquels on a sectionné la moelle entre l'occiput et la première vertèbre cervicale. En revanche, lorsqu'on coupe simultanément la moelle immédiatement au-dessous du bulbe et les deux nerfs splanchniques, l'augmentation de la pression sanguine se réduit à très peu de chose, ce qui montre le rôle important que joue l'excitabilité des centres vaso-moteurs médullaires dans l'accroissement de cette pression.

Blumenau a recherché ensuite si la strophantine provoque la contraction directe des vaisseaux périphériques. Les expériences ont été faites sur des membres postérieurs amputés de chiens, en introduisant dans l'artère fémorale un mélange à parties égales de sang de chien défibriné et de solution de chlorure sodique à 0,7 0/0, mélange nourricier qu'on additionnait de strophantine. La quantité de liquide s'échappant par la veine fémorale ne subissait de diminution qu'à la première expérience ; dans les suivantes, il y avait plutôt augmentation. Lorsqu'on ajoutait une nouvelle dose de strophantine au liquide toxique, le

même phénomène se reproduisait : nouvelle diminution du liquide effluent, mais seulement la première fois. Il semble donc que la strophantine ne fasse contracter les vaisseaux périphériques qu'au début, les paralysant ensuite.

La strophantine n'accroît pas l'excitabilité du centre vaso-moteur bulbaire; en revanche, elle accroît notablement l'excitabilité des centres vaso-constricteurs de la moelle et celle de l'appareil neuro-musculaire périphérique des vaisseaux. L'excitabilité des nerfs vaso-dilatateurs périphériques croît au début de l'action de la strophantine, tandis que plus tard elle faiblit.

La diminution de pression due à l'excitation du bout central du nerf dépresseur du lapin n'est pas influencée par la strophantine. Donc les vaisseaux contractés par la strophantine conservent pleinement la faculté de se dilater.

Blumenau a employé la teinture de strophantus au vingtième chez 9 malades atteints d'affections cardiaques. Chez 3 d'entre eux, elle a fait rapidement disparaître les troubles de la compensation; chez un 4e, elle ne les a fait cesser qu'au bout de 15 jours; chez 2 autres, ce résultat n'a pas été durable ; enfin, chez les 3 derniers malades, le médicament a été inefficace. La dose quotidienne a été portée graduellement de 15 à 45 gouttes. Généralement, dès les premières doses, la dyspnée a été diminuée et les malades ont éprouvé l'envie de dormir, même de jour. A cet égard, le strophantus est supérieur à la digitale, car il agit d'une façon beaucoup plus rapide et plus durable.

Dans presque tous les cas, le pouls est devenu plus lent, plus énergique et plus tendu ; les irrégularités ont disparu presque entièrement, mais pour peu de temps. La matité cardiaque a diminué plus ou moins. Le sphygmomanomètre de von Basch a révélé une augmentation continue de la pression sanguine, coïncidant avec de la diurèse ; celle-ci toutefois a manqué chez la moitié des malades. L'action diurétique a persisté en s'amoindrissant un certain temps après la cessation du médicament. Dans les cas favorables, il a suffi en moyenne d'une quinzaine pour faire disparaître l'anasarque et les épanchements des séreuses.

Dans 2 cas d'insuffisance mitrale, l'effet diurétique du strophantus a été beaucoup plus marqué que celui de la digitale. Chez un malade atteint de dilatation du cœur avec sclérose artérielle et néphrite interstitielle, l'un et l'autre médicaments n'ont eu qu'une action passagère, mais meilleure cependant pour le strophantus.

Blumenau n'a noté que 2 fois des symptômes incommodes consistant en nausées, vomissements, diarrhée et céphalalgie. Jamais il n'y a eu d'effet cumulatif. (*R. S. M.*, I, 57 ; XXX, 487; XXXI, 493 à 498; XXXII, 99 et 100.) J. B.

II. — Le strophantus détermine chez les animaux des troubles dans les fonctions du système nerveux, une congestion intense de tous les organes et une variété de néphrite qui se rapproche de la néphrite cantharidienne. P. L.

III. — D'expériences faites sur des chiens curarisés, J. Popper conclut que la strophantine élève la pression artérielle, plus dans le système aortique que dans l'artère pulmonaire. Cette élévation de pression se produit encore après la section des deux splanchniques, ou la section

de la moelle cervicale. L'élévation de la pression n'est pas due à la vaso-constriction. En effet, les intestins ne pâlissent pas, ils rougissent plutôt un peu. Les nerfs d'arrêt perdent leur excitabilité, les nerfs accélérateurs la conservent. A. M.

IV. — La teinture de strophantus et la strophantine élèvent notablement le travail mécanique du cœur et diminuent légèrement la fréquence de ses battements. Dans les cardiopathies où le travail utile du myocarde est notablement diminué et où le cœur est épuisé sans être dégénéré, le strophantus fait disparaître les phénomènes dus à cette diminution de l'effet utile (œdèmes, hydropisies, dyspnée, hypostase pulmonaire) ; mais le travail mécanique du myocarde n'augmente pas dans la même proportion que l'effet utile dans les cas de lésions valvulaires, comme l'insuffisance et surtout le rétrécissement mitral où la compensation est favorisée par l'augmentation du travail mécanique du ventricule gauche et principalement par l'augmentation de la diastole cardiaque et le ralentissement du cœur. Dans les cardiopathies où il y a une notable diminution de l'effet utile du cœur due à la dégénérescence complète du cœur, le strophantus n'augmente ni le travail mécanique ni l'effet utile du cœur, et même on voit s'aggraver les phénomènes dépendant de la diminution de l'effet utile : arythmie, intermittences, œdèmes. Dans le cas où son action est favorable, la diurèse est augmentée proportionnellement à l'augmentation de l'effet utile du cœur ; l'action diurétique du strophantus est donc indirecte. L'action de la strophantine et surtout de la teinture de strophantus ne se manifeste pas aussitôt leur administration, mais seulement les jours suivants. Il n'y a pas accumulation du médicament comme pour la digitale, et son administration prolongée pendant quelques jours ne produit pas de phénomènes d'intolérance. GEORGES THIBIERGE.

V. — Les auteurs ont constaté dans 6 cas les bons effets du strophantus ; ils l'ont notamment employé chez les enfants âgés de 7 et 3 ans et de 16 et 15 mois. Les deux premiers présentaient de l'arythmie avec affaiblissement du choc précordial et souffle systolique de la pointe ; les deux plus jeunes avaient, l'un un souffle intense de la base avec asystolie, l'autre un simple affaiblissement des bruits sans souffle. Dans ces 4 cas, le strophantus a agi comme cardiotonique et comme diurétique. H. L.

VI. — Seize cas de fièvre typhoïde traités par l'inée, 15 guérisons. La durée de la maladie semble avoir été abrégée ; ni la digitale ni la caféine n'égalent le strophantus pour relever et régulariser l'action du cœur.

VII. — La teinture de strophantus Kombé a été donnée à la dose de 10 à 30 gouttes à des malades atteints de diverses affections cardiaques. Haas arrive à cette conclusion que le strophantus abaisse l'intensité du choc cardiaque, ce que rendent évident l'exploration, la palpation et les tracés graphiques. La tension vasculaire doit donc être abaissée et non augmentée. De là une influence heureuse dans certains cas : disparition de l'albuminurie, de l'hydropisie, des phénomènes urémiques dans un cas de mal de Bright ; disparition de l'albuminurie dans un cas de néphrite tuberculeuse ; arrêt d'une épistaxis chez un cardiaque. En cas de rétrécissement orificiel, l'action du strophantus serait moins heureux.

Son action principale serait de calmer l'activité exagérée du cœur dans certains cas. A. MATHIEU.

VIII. — Dans leurs expériences, G. Sée et Gley ont reconnu que la strophantine a sur le système nerveux la même action que le strophantus; relativement à la circulation, elle détermine d'abord l'élévation de pression, et, plus tard, le ralentissement du cœur, et parmi les phénomènes essentiels qu'elle provoque, on doit citer une exagération de la tonicité artérielle, par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs bulbo-médullaires, des ganglions nerveux des tuniques artérielles et de leurs fibres musculaires. Mais son action la plus utile consiste dans l'accroissement de l'activité du cœur. Ses applications thérapeutiques ont montré qu'elle donnait des résultats favorables surtout dans les lésions mitrales (le rétrécissement en particulier).

Quant aux strophantus, expérimentés par Fraser, Drasche, Hochhauser, Frænkel, Lépine, etc., ils donnent des résultats contradictoires.

IX. — Bucquoy se sert de préférence de l'extrait sous forme de granules de 1 milligramme qu'il donne en général au nombre de 4 par jour avec des effets aussi complets que possible. Le plus constant de ces effets est l'augmentation de la diurèse, qui se manifeste de très bonne heure; la quantité d'urine rendue en 24 heures est, en moyenne, de 2 1/2 à 4 litres ; elle n'est pas en rapport avec les hydropisies.

Le strophantus est, comme la digitale, non seulement un diurétique, mais encore un tonique du cœur ; il ralentit le pouls en le régularisant, mais il en diffère en ce qu'il n'agit pas sur les vaisseaux, ce qui est un avantage dans certains cas où la digitale est contre-indiquée Il diffère encore de la strophantine par son action diurétique, et en ce qu'il ne ne produit pas une action constrictive comme les doses toxiques de strophantine. Augmentation d'énergie de la systole cardiaque, action diurétique et ralentissement du pouls, tels sont les effets cardiaques du strophantus. D'autre part, il amène rapidement la disparition de la dyspnée et de l'oppression chez la plupart des cardiaques.

Dans les lésions mitrales, à la période d'asystolie, il produit des effets non moins remarquables que la digitale et présente cet avantage que l'usage peut en être continué sans inconvénient pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois. Toutefois, il est juste d'ajouter qu'il est mieux toléré par les jeunes sujets et par les enfants.

Dans les lésions aortiques, le strophantus donne également de très bons résultats. Mais il n'en est pas de même dans les artério-scléroses généralisées où l'échec est la règle.

Bucquoy n'a pas eu à se louer du strophantus dans les néphrites albumineuses, dans les maladies de Bright avancées et dans le goître exophtalmique. Tout autres ont été les résultats dans trois cas d'angines de poitrine, qui ont été rapidement améliorées. OZENNE.

Ueber Strophanthus, par TERRAY (*Wien. med. Presse*, nº 47, p. 1689, 1888).

L'auteur a prescrit le strophantus à 15 malades atteints d'affections orificielles non compensées et à 5 autres cardiaques; il l'a expérimenté aussi dans trois cas de néphrite chronique. La conclusion est que le strophantus constitue un des meilleurs succédanés de la digitale, mais

ne peut être comparé à la digitale ni pour l'énergie de l'action produite, ni pour la durée des effets, ni pour la constance des résultats.

L. GALLIARD.

Salol with report on the use in affections of the throat, ear and eye, par Max THORNER (*Cincinnati Academy of med.*, 14 *novembre* 1887).

1° Du salol dans les affections de la bouche.

Dans 4 cas de *pharyngite aiguë* chez des rhumatisants, la douleur disparaît dès la seconde dose de 10 à 15 grains.

Dans *l'amygdalite aiguë* (3 cas) trois doses de 10 grains font disparaitre la douleur.

Dans 3 cas de torticolis, des pilules de 5 grains (une toutes les deux heures) permettent au malade de remuer la tête dès la troisième pilule; le lendemain les mouvements sont libres; après 2 jours on supprime le médicament.

Dans la stomatite mercurielle, les ulcères syphilitiques de la langue et de la gorge le salol en gargarisme a de bons effets.

2° Du salol dans les affections de l'oreille.

Deux cas de *névralgie de l'oreille* sont guéris dès la troisième prise de 10 grains donnés de trois en trois heures.

3e Du salol dans les affections des yeux.

Névralgies ciliaires. Le 1er cas, récent, guérit dès la troisième prise. Le second, datant de 20 ans, guérit en 4 jours.

Deux cas *d'iritis rhumatismale* guérissent de même.

Une conjonctivite aiguë avec névralgie sus-orbitaire, récidivant depuis 4 mois, guérit en 8 jours.

Dans un cas de trachome aigu et d'ulcération de la cornée et douleurs atroces, le salol pendant deux semaines calme la douleur et assure le sommeil.

En résumé, dans les affections de la bouche, des yeux et des oreilles ainsi que dans le rhumatisme et les névralgies, il suffit de donner 10 grains de salol toutes les trois ou quatre heures.

On évite ainsi tout danger d'empoisonnement; Herlich a cité un cas après la prise de 24 grains en vingt-quatre heures pendant 3 jours.

L'auteur termine en disant que, s'il est des cas où le salicylate de soude est plus indiqué, il en est d'autres, et il vient d'en fournir la preuve, où le salol est préférable.

P. DUFLOCQ.

Zur Casuistik der Sulfonalwirkung, par E. WOLFF (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 11, *p.* 243, 18 *mars* 1889(.

La dose convenable de sulfonal est généralement de 2 grammes, mais elle est parfois inefficace, tandis que chez les individus débiles, nerveux, surtout du sexe féminin, il suffit d'en administrer 1 gramme.

L'action soporifique se produit de un quart d'heure à deux heures après l'ingestion du médicament. Le sommeil procuré par 2 grammes dure 7 heures avec quelques courtes interruptions occasionnées par les bruits de voisinage.

L'efficacité du sulfonal varie beaucoup selon la cause de l'insomnie. Elle est assez marquée quand celle-ci tient à la douleur et chez les gens

nerveux; au contraire, elle est peu sensible lorsqu'il s'agit d'insomnies dues à la fièvre, à l'asthme ou à l'emphysème.

Le sulfonal a fait merveille chez 3 morphinomanes soumis à la cure d'abstinence.

Les phénomènes accessoires désagréables se sont presque toujours bornés à un peu de somnolence et d'état vertigineux se prolongeant plus ou moins le lendemain matin. Jamais le sulfonal n'a provoqué d'albuminurie.

Chez un enfant, cependant, il y a eu de véritables accidents d'intoxication, à la dose quotidienne de 1 gramme répartie en 4 prises, puis deux autres jours à la dose de $1^{gr},50$ répartie en 6 prises.

D'un autre côté, le sulfonal présente maints avantages sur les autres soporifiques. Il agit sans stade d'excitation préliminaire et sans stupéfier le malade, qui conserve sa sensibilité et ses réflexes en dormant. Il ne détermine pas de phénomènes d'accoutumance et est bien toléré par l'estomac. Toutefois son action est bien moins certaine que celle de la morphine (*R. S. M.*, XXXIII, 90 et 470). J. B.

I. — **Sulfonal the new hypnotic, par SACHS** (*N. York med. record, p.* 416, 6 *octobre* 1888).

II. — **Action thérapeutique du sulfonal, par MAIRET** (*Bulletin médic.*, 27 *et* 31 *mars* 1889).

I. — D'après Sachs, le sulfonal convient surtout dans les cas d'insomnie d'origine nerveuse ; il est bien supporté par l'estomac ; la céphalalgie ne se montre que si on dépasse 3 grammes ; on peut donner le médicament dans les cas de fièvre et chez les gens qui ont de la dégénérescence cardiaque. Par l'usage longtemps prolongé, le sulfonal perd ses vertus.

Suivent onze observations. P. DUFLOCQ.

II. — Mairet l'a administré dans 32 cas d'aliénation mentale. A des doses inférieures à deux grammes, l'insuccès a été constant, sauf dans un cas d'épilepsie. Sur 12 malades, qui en prenaient deux grammes, il y a eu 6 insuccès, 2 succès incomplets et 4 succès, c'est-à-dire que le médicament n'a produit de bons effets hypnotiques que dans la proportion de 33 pour 100 ; il faut, en outre, remarquer que son usage n'a pu être continué longtemps, des effets secondaires ayant forcé à le suspendre.

A la dose de trois grammes, sur 11 malades, Mairet a obtenu 8 succès, ce qui représente une proportion de 73 pour 100. Mais on ne peut pas l'administrer au delà de deux ou trois jours, car il donne lieu à des vomissements, à un état d'hébétude intellectuelle et à des troubles variés du mouvement. C'est ce que l'on observe également lorsqu'il a fallu, pour provoquer le sommeil, l'employer à la dose de quatre à cinq grammes.

Mais, d'après Mairet, il est un moyen de supprimer les effets secondaires du sulfonal, tout en lui conservant ses effets hypnotiques : c'est de ne pas produire son accumulation dans l'organisme, ainsi qu'il l'a constaté sur 10 malades traités par des doses décroissantes. Il en conclut que ce médicament est un hypnotique puissant, qui réussit dans

les insomnies liées soit à des lésions fonctionnelles, soit à des lésions organiques du système nerveux. Il réussit même lorsque l'agitation est portée très loin et dans les cas où tous les autres hypnotiques ont échoué. Mais, pour éviter les effets secondaires, il ne faut le donner que pendant un jour ou deux aux doses élevées, 2 à 5 grammes suivant le degré de résistance, qui sont nécessaires pour produire le sommeil dès les premiers jours, puis diminuer considérablement ces doses, quitte à y revenir dès que s'use l'action des faibles doses. OZENNE.

I. — A new method of treating consumption by inhalations of hot dry air, par L. WEIGERT (*New York med. record, p.* 693, 15 *décembre* 1888).

II. — Die Heilung der Lungenschwindsucht durch Einathmungen... (Guérison de la phtisie par les inhalations d'air chaud et humide à une température uniforme), par Eduard KRULL (*Berlin. klin. Woch.*, 24 *septembre et* 1er *octobre* 1888).

I. — La température de 37° est la plus favorable au développement du bacille tuberculeux qui meurt ou se développe mal quand on le soumet à une température plus basse ou plus élevée.

W... fait faire deux et trois fois par jour et pendant un temps qui varie de une demi-heure à deux heures des inhalations d'air chauffé. On commence à 100°, puis on porte graduellement jusqu'à 250°; par suite des déperditions, l'air est inhalé à 150°. Avec cette méthode, la dyspnée cesse, la toux et l'expectoration d'abord accrues, diminuent; l'appétit augmente, les forces reviennent, l'envahissement croissant des poumons s'arrête; les signes de bronchite cessent, les parties infiltrées reviennent à la normale, les cavernes se cicatrisent. P. DUFLOCQ.

II. — Krull traite depuis deux ans et demi les phtisiques par les inhalations d'air chaud et humide à température fixe. Il a, dans ce but, imaginé un appareil qu'on trouvera décrit dans son mémoire.

Durant les séances d'inhalation, les malades doivent respirer comme à l'ordinaire. Krull a, en effet, reconnu que les inspirations forcées exacerbent la fièvre ou la provoquent chez ceux qui n'en ont pas. Une séance quotidienne est suffisante; des séances multiples, quand même elles n'ont pas d'inconvénients, n'accélèrent nullement la guérison. Le moment de la journée le plus favorable pour pratiquer les inhalations est de 5 à 6 heures du soir, parce qu'alors le mouvement fébrile atteint son apogée. La température la plus convenable pour l'air inhalé est celle de 43 ou 44° centigrades. La durée de la séance doit être de 30 à 40 minutes suivant l'état des forces. Immédiatement après, les malades ne doivent respirer l'air froid que par le nez, s'abstenir de parler durant une demi-heure et s'étendre tout habillés sur un lit de repos.

Chez les fébricitants, il n'est pas rare de voir souvent un léger frisson après les inhalations. Une heure après la séance, le malade a généralement une expectoration abondante. Du reste, un des premiers effets de la médication est d'augmenter les crachats, mais cela d'une façon passagère. La seule contre-indication du traitement, c'est lorsque l'expectoration reste toujours très profuse avec fièvre et diminution de poids. Les inhalations sont encore inutiles chez les phtisiques avancés atteints de syphilis, d'albuminurie ou d'entérite ulcéreuse tuberculeuse.

Chez les autres malades, elles ont pour résultat d'augmenter l'appétit, les forces et le poids, de diminuer peu à peu la toux, les crachats, les spasmes, la fièvre. En dernier lieu, on constate une heureuse modification des signes physiques : diminution et même disparition des bacilles expectorés ; disparition de la matité et des râles ; rétraction des cavernes, cicatrisation des ulcérations laryngées. J. B.

Etude sur la valeur du traitement de la phtisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par GARCIN (*Broch., Paris*, 1889).

Garcin résume, dans cette brochure, les travaux publiés jusqu'ici sur cette question thérapeutique et confirme, par de nouvelles observations, les résultats qu'il avait obtenus dans ses premières tentatives. (Voy. *R. S. M.*, XXXI, 503.) A. C.

Weitere Mittheil. ub. d. Behandl. d. Tuberculose (Nouvelle communication sur le traitement de la tuberculose), par LANDERER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 4, 1889).

Landerer préconise les injections de baume du Pérou. Il en a obtenu de très bons résultats dans le traitement des tumeurs blanches, et il rapporte plusieurs observations à l'appui de son dire.

Après avoir expérimenté chez les animaux, il a pratiqué des injections dans le parenchyme pulmonaire des phtisiques. Mais ces dernières expériences sont encore trop récentes pour conduire à une conclusion définitive. P. TISSIER.

Phtisie et altitudes, par P. JACOBY (*Thèse de Paris*, 22 *décembre* 1888).

Il n'y a pas immunité des régions d'altitude pour la phtisie; pour établir l'immunité de ces régions, il faudrait prouver non seulement que la phtisie les a épargnées jusqu'ici, mais encore qu'elle ne peut pas s'y développer, ce qui n'a pas été fait. L'altitude à laquelle on a attribué l'immunité varie suivant les pays; on ne saurait donc l'expliquer par les diverses raisons invoquées : abaissement de pression, etc. D'ailleurs, dans bien des régions que l'on avait longtemps considérées comme indemnes, on a fini par constater l'existence de la phtisie. Ce qui influence la fréquence de la phtisie dans un pays, ce n'est pas son altitude, mais la densité de sa population : le bord de la mer, la steppe, la haute montagne sont les régions où la phtisie est la moins fréquente parce que ce sont celles où la population est le plus disséminée, où la végétation est le moins développée, où l'air est pur et le vent fréquent. La conclusion est que le séjour dans les zones d'altitude est inutile dans le traitement de la phtisie et qu'il est bien plus avantageux d'ajouter au traitement hygiénique et médicamenteux de la phtisie l'habitation hors des villes dans un endroit bien stérile, froid, balayé par les vents et ensoleillé. GEORGES THIBIERGE.

The use of large doses of calomel in pneumonia, par James Mc. MANNS (*New York med. record, p.* 260, *septembre* 1888).

L'auteur préconise le calomel à la dose de trente à soixante grains par jour pendant trois jours au plus dans le traitement de la pneumonie.

Ce traitement diminue le nombre des pulsations cardiaques, la fréquence des respirations et le chiffre de la température.

Sur 62 cas ainsi traités, il n'a eu que quatre morts. P. DUFLOCQ

Eine neue Behandlungsmethode der epidemischen Diphteritis (Traitement de la diphtérie, par Arthur HENNIG (*Berlin. klin. Woch.*, n° 7, *p.* 130, *et* n° 8, *p.* 159, 18 *et* 25 *février* 1889).

Depuis 10 ans, Hennig a soigné 1,054 cas de diphtérie tant simple que scarlatineuse, avec une mortalité totale de 2,7 0/0, qui se réduit à 0,9, si l'on défalque les cas de diphtérie scarlatineuse.

Les deux agents essentiels de son traitement sont l'eau de chaux, fraîchement préparée, et la vessie de glace autour du cou.

Dans l'angine diphtérique, les malades se gargarisent, d'abord de quart d'heure en quart d'heure ou de demi-heure en demi-heure, avec de l'eau de chaux dont ils avalent ensuite une gorgée (de 10 à 20 grammes, selon leur âge). A défaut de gargarismes, Hennig prescrit de l'eau de chaux, à la dose de 20 à 30 grammes, prise à l'intérieur, aux mêmes intervalles, ou encore les pulvérisations avec l'appareil de Richardson. La vessie de glace est gardée jour et nuit. En cas de diphtérie nasale, Hennig fait des injections d'eau de chaux de demi-heure en demi-heure. Tout le traitement est poursuivi jour et nuit, régulièrement.

Hennig estime que l'eau de chaux est un spécifique contre la diphtérie, au même titre que la quinine, le mercure ou l'acide salicylique contre l'impaludisme, la syphilis ou le rhumatisme articulaire aigu.

Aussi emploie-t-il l'eau de chaux à titre prophylactique dans les familles dont l'un des membres est frappé de diphtérie.

Convaincu que la transmission par des tiers sains est le mode de propagation le plus fréquent de la diphtérie, Hennig est contraire à l'évacuation des enfants du logement infecté et à l'envoi au dehors des objets réclamant un assainissement. Il fait pratiquer sur place la désinfection à l'aide du soufre.

Hennig conclut : La diphtérie, au-dessus de l'âge de 6 ans, est une maladie absolument non dangereuse, à condition qu'on suive point pour point, dès le début, la médication qu'il préconise. Hennig, en effet, n'a perdu aucun diphtérique âgé de plus de 6 ans, bien que 60 0/0 des 1,054 malades se trouvassent dans ces conditions. J. B.

I. — Du traitement local de la diphtérie par l'acide salicylique, par A. d'ESPINE (*Revue médic. Suisse romande, IX*, 26, *janvier* 1889).

II. — Deuxième communication sur le traitement de la diphtérie par les cautérisations phéniquées, par GAUCHER (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 *novembre* 1888).

I. — Avec E. de Marignac, d'Espine a étudié l'action parasiticide sur le bacille de Lœffler de divers médicaments employés contre la diphtérie.

Le benzoate de soude (5 à 10 0/0), le chlorate de potasse (5 0/0), l'acide borique (4 0/0), le foie de soufre, etc., mis en contact pendant cinq minutes avec le bacille n'ont point empêché son développement.

Au contraire, celui-ci a été arrêté dans les mêmes circonstances par le sublimé (1/8000), l'acide phénique (2 0/0), l'acide salicylique (1/2000), le chloral (1/100), le permanganate de potasse (1/2000), etc.

La diphtérie commençant par une infection locale, les parasiticides internes (mercuriaux, etc.) sont inutiles, sinon même nuisibles. Il en est de même de toutes les médications débilitantes (chlorate de potasse à hautes doses, antipyrine, pilocarpine, etc.).

Le traitement général doit se borner aux toniques et reconstituants (alcool, perchlorure de fer, lait).

Localement, on doit éviter tout procédé (écouvillonnage, cautérisation) qui risquerait d'ouvrir une nouvelle porte d'entrée au virus en dépouillant la muqueuse de son épithélium ou qui, en irritant le chorion muqueux, augmenterait l'exsudation fibrineuse déterminée par le bacille.

D'Espine fait des irrigations répétées toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant la gravité du cas, soit par la bouche, soit par les fosses nasales, avec une solution d'acide salicylique à 1 1/2 ou 2 pour mille.

A partir d'un certain âge, les gargarismes peuvent remplacer les irrigations.

D'Espine y ajoute des badigeonnages des fausses membranes avec le jus de citron qui a une action parasiticide très nette. (*R. S. M.*, VI, 243 et 244 ; VII, 556, et X, 108.) J. B.

II. — Sur 81 cas traités par ce procédé, ablation des fausses membranes et cautérisation antiseptique, il y a eu 4 décès par croup. Les cas se répartissaient ainsi : 30 jeunes enfants, 30 de 3 à 12 ans, 21 personnes de 12 à 46 ans. H. L.

Report on the controle of the hœmorrhage... (De la compression de la carotide primitive pour arrêter les hémorragies des artères sylviennes), par G. SPENCER et V. HORSLEY (*Brit. med. j.*, *p.* 457, *mars* 1889).

Spencer et Horsley passent en revue les procédés thérapeutiques employés pour arrêter une hémorragie cérébrale en voie d'évolution, à savoir l'attitude assise et la saignée. Il donne la préférence à la compression de l'artère carotide interne, se fondant sur les expériences suivantes. Il met à nu le cerveau d'un singe dont la vascularisation est presque celle du cerveau humain, et constate que la compression de la carotide supprime tout de suite l'apport du sang dans la sylvienne. L'hémisphère devient pâle instantanément : il se colore secondairement et tardivement. De là les phénomènes d'anémie cérébrale et même de paralysie constatés après la ligature de la carotide primitive.

Un résultat du même genre est constaté pour l'artère lenticulo-striée et lenticulo-optique, c'est-à-dire pour celles qui presque toujours donnent lieu par leur rupture à l'hémorragie cérébrale.

C'est là une donnée qui devrait être plus répandue et qui rendrait service dans les soins immédiats que réclame l'apoplexie. H. R.

Contribution à l'étude de l'oxygène en thérapeutique, par M. SACCHI et L. PURGOTTI (*Il Morgagni*, *mars* 1889).

Dans les affections du cœur, l'oxygène n'est utile que dans les cas de compensation insuffisante ou d'asystolie, et n'agit pas tant comme excitant du cœur que comme sédatif des accès de dyspnée ; en diminuant la fréquence de la respiration et du pouls, il produit une sensation passagère

de soulagement et de bien-être. Dans les pneumonies, il pare aux phénomènes d'asphyxie dus à la diffusion rapide et étendue des lésions; il est utile dans les accès dyspnéiques en général et particulièrement dans ceux qui dépendent du catarrhe bronchique avec emphysème. Dans les néphrites, il modifie bien peu la sécrétion de l'urée et de l'albumine, mais il combat l'inquiétude, l'anxiété, l'insomnie et le catarrhe bronchique. Dans la chlorose et l'anémie, il peut être utile en excitant les fonctions organiques et favorisant le travail de réparation produit par une bonne alimentation et le traitement ferrugineux. Dans la dyspepsie et le catarrhe gastrique chronique, l'oxygène peut être employé en insufflations dans l'estomac préalablement lavé et contenant encore un peu d'eau de lavage dans laquelle on fait barboter le gaz; il empêche les fermentations anormales, combat les paresthésies qui en résultent et augmente la tonicité des parois gastriques. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Anwendung der Kamphersäure... (De l'acide camphorique dans les catarrhes de diverses muqueuses), par NIESEL (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, *p.* 818, 1888).

A la dose de 2 grammes l'acide camphorique détermine des troubles gastriques, des vomissements; à faible dose il est bien supporté, même pendant longtemps. Chez 7 phtisiques, l'auteur l'a employé avec succès contre les sueurs nocturnes, à la dose de 1 à 2 grammes en une fois, le soir.

Dans un cas de cystite et un cas de pyélite, le médicament, à la dose de 1gr,50 en trois fois, a donné de bons résultats.

Pour usage externe, il convient d'émulsionner l'acide camphorique dans la glycérine; si l'on veut avoir une solution aqueuse limpide, il faut ajouter à l'acide du bicarbonate de soude. La solution à 1 0/0 sera utilisée pour les badigeonnages et les pulvérisations dans la laryngite tuberculeuse, pour les inhalations dans la phtisie et la bronchite chronique. On obtient ainsi la diminution des sécrétions et de la toux.

Les lavages de la vessie peuvent se faire avec une solution alcoolique additionnée d'eau (solution à 1 0/0); ils donnent de bons effets dans la cystite chronique. L. GALLIARD.

Cases of hœmorrhage occurring during treatment by salicylate of soda, par Lauriston SHAW (*Guy's hosp. Rep*., *XLIV*, *p.* 126).

Shaw publie trois observations de rhumatisme aigu, traité par le salicylate de soude, dans lesquelles survinrent de graves accidents hémorragiques d'origine médicamenteuse. Le premier concerne un enfant de 15 ans, atteint, il est vrai, de rétrécissement mitral, qui, à la suite de l'ingestion du salicylate, eut du délire et une double hémorragie de la rétine avec cécité complète. Le second a trait à une fille de 21 ans, prise, après l'administration du salicylate, de délire violent, d'hématurie et qui succombe à des accidents urémiques. On trouva les reins sains, mais de nombreuses ecchymoses du bassin et de la vessie. Enfin le 3e cas est celui d'un typhique auquel l'administration du médicament détermina également du délire, de l'hématurie, avec ecchymoses de la vessie et des reins à l'autopsie.

Suit une statistique des accidents signalés, depuis 1881 jusqu'en 1886, par le fait du salicylisme. H. R.

De l'emploi de l'électrisation faradique comme moyen d'arrêter l'attaque d'hystérie et comme moyen de diagnostiquer, dans les cas difficiles, l'attaque d'hystérie de celle d'épilepsie, par A. DIDIER (*Lyon méd.*, 2 *décembre* 1888).

Didier regarde l'électricité comme le meilleur moyen d'arrêter les crises; les électrodes sont placés en avant du cou et au creux épigastrique, et la crise avorte après quelques secondes si on l'a prise au début; une minute, si l'intervention a été plus tardive. Ce moyen échoue chez l'épileptique et peut ainsi servir de diagnostic avec l'hystérie.

L'électricité agit vraisemblablement comme agent perturbateur sur le système nerveux par irritation des nerfs cutanés. 22 observations avec succès. A. C.

Uber innerliche Anwendung d. Chloroforms (De l'emploi du chloroforme à l'intérieur), par STEPP (*Münch. med. Woch., n°* 8, 1889).

Salkowski a attiré l'attention sur le pouvoir désinfectant des solutions chloroformiques. C'est ainsi que quelques gouttes de chloroforme arrêtent la putréfaction, que l'eau chloroformée stérilise les cultures de choléra, et Salkowski se demandait s'il n'y aurait pas là une indication thérapeutique.

Stepp conseille de l'associer à la teinture d'opium. A cette condition, il a obtenu chez l'adulte et chez l'enfant de bons résultats dans les catarrhes aigus de l'estomac et de l'intestin. Le chloroforme réussit bien dans l'ulcère rond, dont il serait le meilleur moyen de traitement, dans les affections de la bouche et de la gorge. Il n'agit pas contre la diphtérie, mais serait très utile dans la pneumonie et la fièvre typhoïde à la dose de 5 grammes par jour environ. P. T.

I. — De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice, par CHARCOT (*Progrès médical*, 19 *janvier* 1889).

II. — De la technique à suivre dans le traitement par la suspension de l'ataxie locomotrice, par CHARCOT (*Progrès médical*, 23 *février* 1889).

III. — An improved form of suspension in the treatment of ataxia, par Weir MITCHELL (*Med. News*, 13 *avril* 1889).

IV. — La suspension comme mode de traitement de la méningite spinale chronique, par E. de RENZI (*Rivista clinica e terapeutica*, *mars* 1889).

I. — Charcot a appliqué le traitement préconisé par Motchoukowsky à 18 tabétiques fournissant un ensemble de 400 séances environ. 14 d'entre eux ont pu être suivis régulièrement et ont éprouvé une amélioration qui, chez 8 au moins, a été tout à fait remarquable. Elle porte d'abord sur la marche, d'abord passagère, puis persistante au bout de 8 à 10 séances; le signe de Romberg disparaît au bout de 20 à 30 séances; les troubles vésicaux, les douleurs fulgurantes et l'impuissance s'amendent aussi peu à peu. Les réflexes rotuliens et les signes pupillaires n'ont pas été modifiés. H. L.

II. — L'appareil consiste en une tige de fer horizontal portant au milieu un anneau pour recevoir le crochet d'un mouffle; aux deux extrémités la tige porte un crochet, auquel s'adaptent, par un anneau, les pièces destinées à être placées sous les aisselles et qui consistent en un ovoïde

matelassé à son extrémité inférieure; la pièce médiane se subdivise en deux parties de forme triangulaire, placées, l'antérieure sous le menton, la postérieure sur la nuque; une courroie avec boucle réunit ces deux parties. L'application doit être faite par tâtonnement pour régler la longueur de la suspension des pièces latérales, ou de la pièce médiane; il faut 3 à 4 séances pour arriver à supprimer la fatigue et la douleur; les séances ne doivent pas durer plus de 3 minutes, en commençant d'abord par une demi-minute. Les individus maigres subissent des séances plus longues que les gens gras. H. L.

III. — W. Mitchell supprime la suspension par les aisselles pour faire porter l'attache sous les avant-bras et le coude, les bras étant croisés au devant de la poitrine; le menton est toujours suspendu dans la fronde. La suspension est ainsi bien mieux supportée, et on a pu la prolonger jusqu'à vingt minutes. A. C.

IV. — De Renzi a employé la suspension dans un cas de méningite spinale chronique. Une très rapide amélioration survint, et quand le malade sortit de l'hôpital, les douleurs avaient disparu et la démarche était redevenue normale. G. LYON.

Sur la thérapeutique du choléra à propos des expériences de M. Lœwenthal, par CORNIL (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 *février* 1889).

Les bacilles du choléra, qui ne franchissent pas les limites de la cavité intestinale, sécrètent un poison qui, jusqu'à plus ample informé, est le seul agent des phénomènes généraux graves ou mortels du choléra. En arrêtant leur multiplication dans l'intestin, on supprimerait la fabrication des poisons chimiques absorbables, et l'on préviendrait l'attaque cholériforme : c'est ce que Lœwenthal a tenté au moyen d'un antiseptique, le salol. A cet effet, il a entrepris des expériences sur des animaux infectés par le bacille virgule, et il a obtenu des résultats qui, sans avoir la force démonstrative voulue, sont au moins de nature à fournir une indication pour l'essai du salol contre le choléra de l'homme. OZENNE.

HYGIÈNE

Influence de la lumière dans la destruction des bactéries pour servir à l'étude du tout à l'égout, par DANDRIEU (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 3e *série XX*, *p.* 449, *novembre* 1888).

Il est démontré par l'expérience que les eaux d'égout sont débarrassées des bactéries par une simple filtration à travers une mince couche de terre arable. D'autre part la réalité des infiltrations à travers le sol ressort de nombreuses pollutions de puits voisins de fosses non étanches.

Dandrieu a fait des recherches pour expliquer cette contradiction apparente.

Il a pris de l'eau d'égout et l'a mise, partie en vase de verre rouge, partie en vase de verre incolore. Puis il a placé côte à côte les 2 vases en

plein soleil; la seule différence entre les deux était que l'eau en vase rouge ne recevait pas les rayons chimiques de la lumière.

Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° Sous l'influence de la lumière et de la chaleur, les microorganismes qui décomposent l'acide carbonique en dégageant l'oxygène se sont rapidement développés. La matière organique a été facilement brûlée par l'oxygène naissant, et les microbes proprement dits ont été détruits soit par l'oxygène, soit par le développement des diatomées et autres organismes colorés.

2° L'eau d'égout, qui n'a pas subi l'action des rayons chimiques de la lumière, a perdu de son oxygène initial qui a été employé à brûler la matière organique. Dans ce milieu et dans ces conditions impropres au développement des plantes vertes, algues, etc., les bactéries ont prospéré exclusivement.

3° Les sels ammoniacaux et les nitrates semblent activer la végétation.

On peut tirer de ces expériences les déductions suivantes :

Les eaux d'égout peuvent être complètement purifiées et débarrassées des microbes pathogènes par une simple filtration à travers le sol, mais à la condition que cette filtration se fera dans les couches superficielles, après un ruissellement assez prolongé sur le sol, pour permettre à la lumière de favoriser le développement des algues et autres microorganismes producteurs d'oxygène. La terre devra être travaillée fréquemment pour renouveler et augmenter les surfaces éclairées. Les eaux d'égout devront être rapidement employées en irrigation, avant que leur fermentation putride soit trop développée, parce qu'alors il ne reste plus que des bactéries. Les champs qui servent aux irrigations doivent être épuisés par des cultures intensives. Sans l'action de la lumière, les eaux polluées ne sauraient se purifier, au contraire. Donc les eaux potables peuvent être contaminées par des infiltrations souterraines provenant par exemple de fosses d'aisances. J. B.

A study of the micro-organismes in air, par J. ROBERTSON (*Brit. med. j., p.* 1330, *décembre* 1888).

Robertson a fait des expériences comparatives sur l'air des égouts et l'air libre. Voici les conclusions auxquelles il aboutit :

1° Malgré l'humidité persistante de l'air des égouts, on y trouve une grande quantité de colonies microbiennes, 4-2 par litre, tandis que dans l'air libre il y en a 5-7.

2° Le nombre des organismes recueillis dans les parties basses des égouts excède de beaucoup celui de l'air des parties hautes : résultat en rapport avec la ventilation plus complète dans ces dernières régions.

3° L'odeur d'un égout n'est pas en rapport nécessaire avec la quantité d'organismes qui pullulent dans son atmosphère. Il y a souvent en pareil cas fort peu de microbes. Ceci explique comment les villes de Hollande qui sont infectées ne sont pas en réalité malsaines.

4° Les bacilles sont prépondérants dans l'air des égouts, les micro-coques dans l'air libre. H. R.

Statistisches über Desinfection bei contagiösen Krankheiten in Berlin, par Paul GUTTMANN (*Berlin. klin. Woch.*, n° 22, p. 436, 28 *mai* 1888).

On sait (*R. S. M.*, XXX, 82) qu'à Berlin fonctionne, depuis le 1er novembre 1886, une étuve municipale à vapeur sous tension, destinée à la désinfection des effets, linges et meubles ayant servi à des malades atteints d'affections contagieuses.

D'autre part, à Berlin, les médecins sont tenus de déclarer à la police tous les cas de diphtérie, de scarlatine, de rougeole, de fièvre typhoïde et de fièvre puerpérale.

Guttmann a recherché dans quelles limites la population berlinoise faisait usage de l'étuve. Il est arrivé aux résultats suivants :

Du 1er avril au 31 décembre 1887, il a été déclaré 3,765 cas de diphtérie, 2,373 cas de rougeole, 2,001 de scarlatine, 750 de fièvre typhoïde et 148 de fièvre puerpérale. Mais les objets envoyés à la désinfection ne provenaient que de 15,9 0/0 des diphtéritiques ; de 9,6 0/0 des typhoïdiques ; de 8,8 0/0 des fièvres puerpérales ; de 6,3 0/0 des scarlatineux et de 0,5 0/0 des morbilleux. La proportion relativement élevée des objets désinfectés à la suite de diphtérie tient à ce que, en vertu de l'ordonnance de police du 7 février 1887, la désinfection est obligatoire pour cette maladie, sous peine d'amende et de désinfection d'office aux frais des intéressés ; aussi 72,7 0/0 des objets reçus à l'étuve ont-ils cette origine.

Il ressort déjà des chiffres ci-dessus que ce n'est que dans la minorité des cas d'affections contagieuses qu'on recourt à la désinfection. Guttmann montre en outre que la plupart du temps on n'envoie à l'étuve qu'une faible partie des objets infectés. Il estime que même dans la classe pauvre, à la suite d'une maladie ayant duré 2 ou 3 semaines, le nombre des objets (literie, linge, vêtements), dont l'assainissement est indispensable, doit s'élever au moins à 30. En fait, pour la diphtérie, le chiffre des objets désinfectés a varié, suivant les maisons, de 1 à 925, comme extrêmes, et 471 sur les 600 ménages ont envoyé moins de 30 objets. 338 ménages n'ont pas envoyé de matelas ni de paillasse ; 326 n'ont pas envoyé de linge et 304 aucun effet d'habillement.

La question de dépenses ne justifie pas cette négligence de la population à se servir des ressources mises à sa disposition pour éviter la propagation des affections contagieuses. En effet, 30 objets à désinfecter ne cubent guère plus de 1/2 mètre cube, lorsqu'il s'agit d'un enfant et du double, s'il s'agit d'un adulte ; d'ailleurs, au-dessous de 1/2 mètre cube, le prix n'est pas abaissé.

Sur les 1,915 clients de l'étuve, on en compte 55,8 0/0 appartenant aux classes aisées, 24 0/0 aux artisans, 14,5 0/0 aux ouvriers et 5,7 0/0 aux hôpitaux.

La désinfection des logements est obligatoire à Berlin pour le choléra, la variole, le typhus, la fièvre à rechutes et la diphtérie. Suivant l'instruction de la police, elle doit s'effectuer avec l'acide phénique à 5 0/0 pour le plancher, les portes, fenêtres et boiseries, et avec du pain sec pour frotter les papiers peints et les enduits des parois.

De son côté, Guttmann (*Virchow's Archiv*, CVII, 1887), à la suite de nombreuses expériences avec Merke, a proposé d'assainir les pièces

d'habitation par le procédé suivant : pulvériser sur les parois d'abord une solution de sublimé à 1/10e 0/0, puis une solution de carbonate de soude au centième. Le carbonate de soude forme avec le sublimé demeuré adhérent aux tentures un oxychlorure de mercure pulvérulent qu'on enlève avec une brosse. Esmarch et Petri ont prétendu que le procédé de Guttmann, malgré les précautions prises, expose encore à l'hydrargyrisme, parce que l'estomac contient de l'acide chlorhydrique qui dissout l'oxychlorure de mercure. Mais la pratique de Philipp, celle de Krupin (qui ne prend même pas la peine d'enlever le sublimé fixé sur les parois) sont là pour montrer que ces craintes sont vaines. Bien plus, l'an passé, les employés de l'étuve municipale ont désinfecté par le procédé de Guttmann et Merke une centaine de logements sans le moindre inconvénient pour les habitants. Les désinfecteurs portent un masque pour éviter les éclaboussures dans les yeux. La désinfection d'une pièce de dimensions moyennes est accomplie par deux hommes en 3 heures de temps. J. B.

Zur Desinfection der menschlichen Haut mit besonderer Berücksichtigung der Hande (Désinfection de la peau humaine et plus spécialement des mains), par Paul LANDSBERG (*Vierterjahreschr. f. Derm. u. Syph., Heft* 5, 1888).

Landsberg a jugé utile de reprendre, avec quelques modifications dans la technique, les travaux fort complets déjà faits sur ce point par Kümmel, Förster et Fürbringer. Après un certain nombre d'expériences préalables faites avec des morceaux de peau empruntés à des cadavres tout frais, il refait des expériences semblables avec des morceaux de peau enlevés pendant les opérations faites à la clinique dermatologique de Breslau. La technique était invariablement la suivante : la surface entamée était soumise au nettoyage antiseptique dont on se proposait d'expérimenter l'efficacité, puis le morceau excisé était plongé dans le milieu de cultures après toutes sortes de précautions, destinées à empêcher l'accès de tout micro-organisme étranger. Dans une autre série d'expériences l'auteur a repris la même étude, qu'avait déjà faite Fürbringer, pour la matière qui s'accumule sous l'ongle. — Les résultats obtenus par l'auteur avec les différents procédés de nettoyage et les liquides antiseptiques les plus variés sont présentés sous forme de tableau auquel nous renverrons. — La conclusion pratique de ce mémoire n'est pas très consolante. Elle nous apprend que le nettoyage le plus complet suivi de lavages avec les substances réputées les plus microbicides ne suffisent pas toujours pour détruire tous les germes. Dans tous les cas le brossage des mains avec de l'eau chaude et du savon, suivi de l'immersion dans une solution de sublimé, ne mérite pas la confiance que lui accordent les chirurgiens. Ce traitement peut être suffisant pour les autres régions du corps, où l'épiderme est peu résistant ; mais pour les mains, où l'épiderme offre la plus grande résistance, il est tout à fait insuffisant. REBLAUB.

The air of coal mines (L'air des mines de charbon), par G. NASMYTH (*Brit. med. j., p.* 222, *août* 1888).

L'auteur publie un grand nombre d'analyses et de chiffres donnant la proportion d'oxygène, d'azote, d'acide carbonique, de matières orga-

niques et de microbes dans l'air des mines, avec la méthode employée pour les analyser. Il ressort de ces chiffres que l'air des mines est infiniment plus pur que celui de la plupart des grandes villes et de presque tous les intérieurs domestiques. Aussi la santé des mineurs est-elle aussi bonne au moins que celle des ouvriers des autres corps de métier. La mortalité par phtisie est faible chez eux, et leur vie moyenne est de 44 ans, chiffre supérieur à celle des ouvriers des autres ateliers. En s'occupant davantage d'enlever de la mine les déjections des mineurs et des chevaux, on arriverait à des conditions d'hygiène et d'aération tout à fait satisfaisantes. H. R.

Aseptic climates without altitude, par GEDDINGS (*New York med. record*, *p.* 726, 22 *octobre* 1888).

L'auteur dit que l'altitude n'est pas la condition principale d'un air pur. L'important c'est la sécheresse de l'atmosphère. Les régions de la Caroline du sud de la Géorgie présentent cette dernière particularité ainsi que le pays d'Aiken dont le séjour est préconisé par l'auteur.

L'importance de la sécheresse de la température lui est démontrée par les deux faits suivants :

Dans un hôtel habité pendant l'hiver par de nombreux tuberculeux, on fait battre par une escouade de domestiques les tapis, tentures et meubles des chambres; aucun de ces dix nègres n'est devenu tuberculeux depuis 10 ans.

Au contraire, nombreux sont les cas de contagion chez les blanchisseuses, qui lavent des mouchoirs remplis de crachats; c'est qu'elles travaillent dans un air humide et chaud, conditions favorables à la vitalité du bacille de Koch. P. DUFLOCQ.

Note sur l'examen microbiologique d'une source de la région calcaire du Havre par L. THOINOT (*Annales de l'Institut Pasteur*, *avril* 1889).

A la suite d'une épidémie de fièvre typhoïde survenue au Havre, Brouardel et Thoinot ont été amenés à rapporter cette épidémie à la pollution d'une source qui émerge à 48 mètres au-dessus du niveau d'un terrain sur lequel on avait répandu le contenu de tinettes. Dans l'eau prise à l'émergence d'une source provenant du même terrain et dans des conditions semblables d'altitude, Thoinot a constaté la présence de quatre espèces différentes de bactéries anaérobies en quantités très considérables. Il conclut de là qu'une source sortant du terrain crétacé, tel qu'il se comporte dans la région du Havre — où il présente de nombreuses fissures par lesquelles l'eau peut suinter sans se filtrer — peut être impure à son émergence, et que, dans un tel terrain, l'épandage des matières fécales, sur les plateaux d'où proviennent les sources qui alimentent les villes, peut devenir dangereux pour la santé des habitants de ces villes. GEORGES THIBIERGE.

I. — Bericht über das Hospiz des Vereins für Kinderheilstätten in Norderney (Compte rendu de l'hospice marin de Norderney appartenant à l'Association des Sanatoria pour l'enfance), par LORENT (*Berlin. klin. Woch., n° 23, p.* 472, *et n°* 24, *p.* 494, 4 *et* 11 *juin* 1888).

II. — Rapport médical sur l'œuvre du comité genevois des bains de mer, par d'ESPINE (*Revue médic. Suisse romande, VIII*, 537, *septembre* 1888).

I. — En 1887, l'hospice de l'île de Norderney (mer du Nord) a reçu 207 garçons et 210 filles qui y ont séjourné en moyenne 54 jours, 9. La plupart de ces enfants étaient âgés de 10 à 14 ans.

A leur départ de Norderney, 39 0/0 de ces enfants avaient leur santé considérablement améliorée, sinon même complètement rétablie; 33 0/0 offraient une amélioration un peu moins importante ; 11 0/0 étaient guéris et 3 0/0 non guéris. L'établissement n'a compté que 2 décès (par tuberculose).

Un certain nombre d'enfants (22 à 28) ont passé l'hiver dans l'île, et Lorent se loue beaucoup du succès de cette expérience d'hivernage faite pour la première fois dans le nouvel hospice. Malgré une saison très rigoureuse, dans le cours des six mois, les conditions météorologiques n'ont empêché toute promenade des enfants que pendant sept jours entiers.

Balnéation. — Seuls, les enfants les plus vigoureux vont se baigner à la mer après quelques jours seulement d'ablutions froides. Tous les autres sont accoutumés progressivement et prennent des bains, en baignoire, d'eau de mer tiède, avec ou sans affusions fraîches, jusqu'à ce qu'on note chez eux un certain aguerrissement. Quant aux enfants affectés de fistules ou de scrofule grave, ils reçoivent tous les jours des bains prolongés d'eau de mer chaude.

Les baignades en mer ont eu lieu pendant cent dix-huit jours, compris entre le 14 juin et le 24 septembre. Lorent les a fait cesser à cette dernière date où l'eau avait une température de 11° Réaumur.

Indications. A. Cure estivale. — Résidus de pneumonie chronique et de pleurésie. Pneumonies latentes du sommet et catarrhes pulmonaires chroniques. Chlorose, anémie et débilité physique générale ;

B. Cure hivernale. — Scrofule, anémie, débilité physique générale ; catarrhes pulmonaires chroniques ; chorée, neurasthénie, asthme. (*R. S. M.*, XXI, 221 ; XXVIII, 61 et 62).

II. — 1° *Cures d'été de 6 semaines dans les baraques de Cette.*

352 enfants ont été envoyés de Genève à Cette, de 1881 à 1888. Un certain nombre d'entre eux ont été envoyés plusieurs années de suite : 40 ont fait 2 saisons ; 13 ont fait 3 saisons ; 3 en ont fait 4 et 1 en a fait 5. La limite d'âge inférieure est de 4 ans 1/2 ; la limite supérieure de 14 ans pour les garçons et de 15 pour les filles. Le nombre des bains a été de 40 à 45 en moyenne par enfant.

Les maladies scrofuleuses forment les 7/8 des cas.

Les cures faites à Cette ont donné des résultats *remarquables* pour les cas d'anémie lymphatique, d'engorgements et de fistules ganglionnaires, de scrofule du poumon ; des résultats *très satisfaisants* pour un certain nombre d'ophtalmies et de maladies du nez, des résultats *variables* pour les cas de scrofule osseuse et de scrofule cutanée et des résultats

peu satisfaisants pour les maladies d'oreilles, la chorée et l'incontinence d'urine.

2° *Cures d'hiver de 8 mois à l'asile Dollfus de Cannes :*

De 1882 à 1888, 41 enfants ont été envoyés de Genève à Cannes ; 8 d'entre eux y ont fait 2 saisons. 27 sont actuellement entièrement guéris, 9 sont très améliorés, 2 sont morts à Cannes. En résumé, les résultats obtenus à Cannes dans le traitement des affections scrofuleuses démontrent l'importance d'un séjour prolongé au bord de la mer. La guérison parait dépendre de 3 facteurs principaux, qui sont : 1° l'atmosphère maritime ; 2° les bains dans l'eau de mer ; 3° le séjour dans un climat tempéré chaud qui permet de remplacer le confinement forcé de l'hiver par une aération continue (*R. S. M.*, XX, 214 ; XXI, 221 et XXVIII, 61 et 62). J. B.

Ueber die Immunitæt von Kalköfenarbeitern gegen Lungenschwindsucht mit therapeutischen Vorschlaegen (Projet de traitement de la tuberculose pulmonaire basée sur l'immunité des chaufourniers à l'égard de cette maladie), par Louis HALTER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 726, *n°* 37, *p.* 751, *et n°* 38, *p.* 767, 3, 10 *et* 17 *septembre* 1888).

Frappé de l'immunité des chaufourniers de Lengerich à l'égard de la tuberculose pulmonaire, malgré l'atmosphère de chaux pulvérulente dans laquelle ils vivent, Halter a voulu en rechercher les causes. Ce sont d'après lui :

1° La grande sécheresse relative de l'air respiré dans les fours et à leur voisinage ;

2° La forte chaleur de cet air (41 à 70° centigrades), qui a pour conséquences :

a) Sa pureté au point de vue des bacilles tuberculeux ;

b) Sa raréfaction notable ;

c) L'augmentation de la température du corps chez les ouvriers non encore « acclimatés » ;

d) L'accélération considérable du pouls, de la respiration, de la transpiration et de la nutrition chez tous les chaufourniers même acclimatés.

De ces observations, Halter déduit les propositions suivantes au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose pulmonaire :

1° Séjour quotidien ou biquotidien, de un quart d'heure à une demi-heure, dans une étuve sèche, à la température de 41 à 55° centigrades, selon l'état des forces du malade ;

2° Inhalations d'air sec à la température de 120 à 190° centigrades répétées plusieurs fois par jour et pratiquées si possible dans l'étuve même.

L'étuve est contre-indiquée chez les phtisiques fébricitants, hémoptoïques ou parvenus au troisième degré. Les inhalations, en revanche, conviennent à tous les malades.

Halter estime qu'un traitement analogue (lavements chauds, boissons chaudes, etc.), aurait des chances de succès aussi dans le choléra dont le microorganisme ne résiste pas plus que celui de la tuberculose à une température un peu élevée. J. B.

I. — Des accidents cutanés qu'on observe parfois après la vaccination animale, leur nature, moyens pratiques de les éviter, par P. POURQUIER (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *X*, 957 *et* 996, *novembre* 1888).

II. — Nachforschung über ein infolge der œffentlichen Impfung... (Enquête sur une affection contagieuse de la peau survenue à la suite de vaccinations publiques avec le vaccin animal), par L. SCHMITZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med. Supplément du tome L.*, 122, 1889).

III. — De la vaccination animale dans la région du Nord, par Pierre-Paul-Jean-Léon GUILLAUME (*Thèse de Lille*, 1888).

IV. — Note sur la revaccination chez les enfants, par P. SIMON (*Revue méd. de l'Est*, *n°* 4, *p.* 104, 1889).

I. — Pourquier a observé chez des enfants inoculés avec le vaccin animal des accidents cutanés absolument identiques à ceux signalés en Allemagne (*R. S. M.*, XXIX, 195, et XXXII, 561), ou encore en France, à Asprières (*R. S. M.*, XXXI, 507). Il a remarqué que ces éruptions impétigineuses ne se produisent que lorsque les pustules vaccinales des veaux présentent certains caractères particuliers, une altération spéciale due à un organisme parasitaire, à un gros microcoque.

Les pustules de veau envahies par ce parasite sont peu développées et reposent sur une base inflammatoire très large, le liquide vaccinal qu'elles contiennent est sillonné de fines traînées blanchâtres.

Ce microorganisme provient de l'eau. Pour s'en mettre à l'abri, il faut recourir aux précautions suivantes : lotions au sublimé ou à l'acide phénique de la surface vaccinatoire avant et après la vaccination ; désinfection à l'étuve ou à l'eau bouillante des couvertures de l'animal ; usage exclusif d'eau bouillie ; entretien méticuleux des instruments.

II. — Relation d'une épidémie survenue à la suite de vaccinations faites avec du vaccin animal en tubes. Sur 82 enfants inoculés, une trentaine ont présenté des accidents identiques, très graves chez certains, bien qu'il n'y ait eu aucun décès. L'affection vésiculobulleuse consécutive, éminemment contagieuse, s'est transmise à des individus non vaccinés en contact avec les malades. Le troisième ou le quatrième jour après l'inoculation du vaccin, le bras offrait une vive rougeur et un gonflement douloureux ; les pustules vaccinales, très volumineuses, ne tardèrent pas à se rompre et à suppurer abondamment ; leur contenu irritait la peau du voisinage. A la séance de revision (le sixième jour), le médecin vaccinateur fut littéralement terrifié du résultat de ses inoculations, surtout chez les enfants vaccinés pour la première fois. Les pustules, une fois rompues, donnaient lieu à des ulcérations vastes et profondes.

A partir de la seconde semaine apparurent, sur les régions les plus diverses du corps, des vésicules variant de la grosseur d'un pois à une noisette qui, après leur rupture, présentèrent autant de points de suppuration qui vinrent s'ajouter à ceux formés par les pustules vaccinales ulcérées. Un certain nombre d'enfants se trouvaient encore alités six semaines après leur vaccination. Les pustules vaccinales donnèrent lieu à des cicatrices difformes et rétractées, à la suite de leur suppuration prolongée.

Il ne restait plus de vaccin infectieux. Schmitz a entrepris des cultures

avec des croûtes recueillies sur une petite malade. Il a obtenu trois sortes de colonies de microcoques qu'il a inoculées sur son bras et sur celui de plusieurs adultes. Seule l'espèce de microcoque à la fois la plus abondante et la plus petite a provoqué une légère suppuration avec démangeaisons, mais sans phénomènes inflammatoires; le tout d'ailleurs avait disparu en 2 ou 3 jours.

III. — Sous la direction d'Arnould, 15,817 hommes du 1er corps d'armée ont été inoculés en 1887 avec le vaccin animal. Les inoculations par piqûres et celles faites avec le lymphe ont donné de moins bons résultats que celles pratiquées par scarifications ou faites avec la pulpe.

Chez les soldats non encore vaccinés, la proportion des succès a varié entre 53 et 86 pour 100 ; chez les recrues vaccinées dans l'enfance, entre 36,5 et 69,3; chez les anciens soldats, déjà revaccinés à leur arrivée au corps, entre 7 et 36 pour 100.

Les dépenses se sont élevées à 500 francs, soit à 0 fr. 037 par tête ; dans le chiffre des dépenses de cette première année entrent celles d'acquisition du matériel qu'on peut évaluer à 250 francs. En outre des 15,817 soldats vaccinés, on a fait une conserve de vaccin suffisante à inoculer 100 génisses.

La vaccination de génisse à bras donne de moins bons résultats que celle pratiquée à l'aide de la pulpe glycérinée recueillie la veille, parce que la lancette recueille surtout du liquide. D'autre part, en recourant à la première méthode, il est impossible d'être sufisamment fixé sur la santé parfaite de l'animal. J. B.

IV. — En revaccinant les enfants porteurs de cicatrices de vaccine à la maison de secours de Nancy, on a obtenu 6 succès et 6 insuccès de 1 à 5 ans, 17 succès et 7 insuccès de 5 à 10 ans, 20 succès sans insuccès de 10 à 15 ans, 5 succès et 2 insuccès de 15 à 20 ans. Il est donc indispensable de revacciner les enfants au-dessus de 10 ans, et il serait bon de le faire avant cet âge. LEFLAIVE.

De la consommation de l'alcool dans ses rapports avec l'hygiène. Rapport au Comité consultatif d'hygiène publique de France, par BROUARDEL et G. POUCHET (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XX*, 241, *septembre* 1888).

Les mesures nécessaires au point de vue de l'hygiène publique pour remédier à l'envahissement de l'alcoolisme peuvent se résumer ainsi :

1° Diminuer autant que possible la consommation de l'alcool ;

2° Assurer par tous les moyens la pureté des liquides alcooliques livrés à la consommation ;

3° Les connaissances actuelles permettent de condamner quelques-unes des substances contenues dans les alcools ; il faut les proscrire. Mais nos connaissances en cette matière sont encore trop incomplètes pour que nous puissions donner la liste de toutes les substances nuisibles.

4° Des recherches, longtemps continuées, méthodiquement conduites, en utilisant toutes les ressources de la chimie, de la physiologie et de

l'observation clinique, sont nécessaires pour élucider un grand nombre de points encore obscurs dans la question de l'alcoolisme. J. B.

I, — **Ueber den Einfluss des Tabaks... (Influence du tabac sur les ouvriers d'une manufacture berlinoise de tabac), par ROCHS** (*Viertelj. f. gericht. Med. und œff. Sanit., nouv. série, supplément du tome L, p.* 105, 1889).

II. — **Bekanntmachung des Reichskanzlers von 9 mai 1888 (Règlement allemand sur l'installation et l'exploitation des fabriques de cigares** (*Ibidem, p.* 120).

I. — Rochs conclut d'observations faites sur les ouvriers en tabac de Berlin et de Postdam que leur profession n'entraîne d'inconvénients notables pour la santé qu'autant que les ateliers sont insuffisamment ventilés. Lorsque tel est le cas, on voit survenir des troubles respiratoires (bronchite chronique et ses conséquences), digestifs (dyspepsie et anémie consécutive) et nerveux (névralgies et troubles de la motilité). Enfin le tabac paraît exercer une influence fâcheuse sur les organes sexuels des femmes chlorotiques, des femmes enceintes et des accouchées (*R. S. M.*, XXII, 525 et 526; XXIV, 444).

II. — L'empire d'Allemagne vient de réglementer (9 mai 1888), au point de vue hygiénique, la fabrication industrielle des cigares. Voici les prescriptions essentielles : Défense d'écôter le tabac, de confectionner et de trier les cigares dans des locaux dont le sol est à cinquante centimètres en contre-bas de la rue, ainsi que dans des ateliers sous toits non plafonnés. Interdiction d'utiliser les lieux de travail comme pièces d'habitation, chambres à coucher, cuisines, resserres de provisions de bouche, non plus que comme dépôts de tabac ou séchoirs.

Les ateliers doivent avoir au minimum 3 mètres de hauteur et être convenablement éclairés par des fenêtres dont on puisse ouvrir au moins la moitié (art. 3;) leur sol doit être ferme et imperméable. Chaque ouvrier doit jouir d'un volume minimum de 7 mètres cubes d'air (art. 5).

Il ne doit y avoir dans les ateliers que la quantité de tabac nécessaire au travail de la journée et la quantité de cigares faits le jour même.

Les ateliers doivent être aérés deux fois chaque jour, au moins une demi-heure, au moment du repas de midi et à la fin du travail, par l'ouverture complète des fenêtres et des portes ne conduisant pas dans des pièces à coucher, dans des cuisines ou des resserres de provisions de bouche. Durant cette aération, les ouvriers ne séjourneront pas dans les ateliers (art. 7). Sol et tables de travail devront être débarrassés de la poussière, au moins une fois par jour, à l'aide de lavages ou de frottements humides.

Les vêtements, que les ouvriers quittent pour travailler, ne doivent être conservés dans les ateliers que renfermés dans des armoires closes.

Sur la demande des industriels, l'administration pourra tolérer des dérogations aux prescriptions des articles 3, 5 et 7, à la condition que les ateliers soient pourvus de moyens de ventilation suffisants; de même, elle pourra permettre des ateliers n'ayant pas la hauteur requise, pourvu que les ouvriers y jouissent d'un cube d'air supérieur au minimum prescrit.

L'emploi de femmes et de jeunes ouvriers n'est permis qu'autant qu'ils

sont directement aux gages du patron et que, si la fabrique compte plus de 10 ouvriers, il existe des latrines séparées et des vestiaires distincts pour chaque sexe. A la porte d'entrée de chaque atelier doit être fixé un tableau portant les indications suivantes, dont l'exactitude sera certifiée par le paraphe de la police locale : 1° longueur, largeur et hauteur des ateliers ; 2° espace aérien en mètres cubes ; 3° nombre des ouvriers de l'atelier fixé conformément au chiffre précédent. J. B.

Es beabsichtigt Jemand... (Est-il possible de tolérer l'installation d'une fabrique d'acide sulfurique à 1 kilomètre d'une caserne ?) par SIEGFRIED (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentliches Sanitætswesen*, *nouv. série XLIX*, 304, *octobre* 1888).

1° A la distance de 1,000 mètres, une fabrique d'acide sulfurique n'incommode son voisinage que par l'émanation de gaz acides.

2° Au delà de 500 mètres, on n'en a pas démontré d'inconvénients pour la nappe d'eau souterraine ou pour les puits.

3° Les gaz dangereux pour le voisinage sont l'acide sulfureux et l'acide chlorhydrique. Le premier provient, pour une part, de la fabrication de l'acide sulfurique et, pour le reste de l'emploi de la houille pour alimenter les machines à vapeur.

4° Les effets de l'acide sulfureux sont plus énergiques et appréciables à plus grande distance que ceux de l'acide chlorhydrique.

5° Les appareils modernes de condensation de l'un et de l'autre gaz sont si parfaits que les quantités qui s'en échappent par la cheminée sans être condensées ne donnent lieu à aucun inconvénient sanitaire pour un voisinage distant de 1 kilomètre, quant à la partie de ces gaz provenant de la fabrication, dans une usine bien installée.

6° En revanche, il se répand encore maintenant aux alentours des quantités considérables de ces gaz :

a) A cause de la non-étanchéité des fours et des conduites qu'il est impossible d'empêcher ;

b) A cause de l'emploi du charbon de terre pour le chauffage des machines ;

c) A cause des accidents d'exploitation que l'on ne peut éviter même dans les fabriques les mieux dirigées.

7° L'action délétère exercée par ces gaz acides sur la végétation est encore manifeste, à l'œil nu comme à l'analyse chimique, à la distance de 1,000 mètres.

8° Il y a donc lieu d'interdire l'installation d'une fabrique d'acide sulfurique à la distance de 1 kilomètre d'une caserne. J. B.

Rapport au Comité consultatif d'hygiène sur l'usage de la saccharine dans l'alimentation publique et son influence sur la santé, par BROUARDEL, Gabriel POUCHET et OGIER (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XX*, 300, *octobre* 1888).

1° La saccharine n'est pas un aliment et ne peut pas remplacer le sucre.

2° L'emploi, dans l'alimentation, de la saccharine ou des préparations saccharinées, suspend ou retarde les transformations des substances amylacées et albumineuses ingérées dans le tube digestif.

3° Ces préparations ont donc pour effet de troubler profondément les fonctions digestives. Elles sont de nature à multiplier le nombre des affections désignées sous le nom de dyspepsie.

4° L'emploi de la saccharine est encore trop récent pour que les conséquences d'une alimentation dans laquelle entrerait journellement de la saccharine puissent être toutes bien déterminées; mais dès maintenant il est établi que son usage a sur la digestion une influence nuisible, et nous sommes en droit de conclure que la saccharine et ses diverses préparations doivent être proscrites de l'alimentation.

Ces conclusions ont été adoptées par le Comité consultatif. J. B.

I. — Plâtrage des vins, par A. AUDOUARD (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 3° *série, XIX*, 303, *mars* 1888).

II. — Sur le plâtrage du vin, par MARTY (*Bull. de l'Académie de médec.*, 12 *juin* 1888).

III. — Sur de nouveaux procédés de vinification destinés à remplacer le plâtrage des moûts de vin. Phosphatage, tartrage, chauffage, etc., par GAUTIER (*Ibidem, n°* 29, 17 *juillet* 1888).

I. — Récemment le gouvernement a chargé l'École nationale d'agriculture de Montpellier d'instituer des recherches sur le plâtrage des vins et sur ses conséquences au point de vue de l'hygiène. D'expériences faites sur lui-même et sur neuf autres personnes, Foex conclut que l'ingestion de 4 grammes de sulfate de potasse par jour, sous forme de vin plâtré, est sans danger pendant un mois et probablement d'une manière indéfinie, puisque la totalité du sulfate de potasse est éliminée au fur et à mesure par les reins.

Contrairement à Foex, Andouard conteste que l'addition de plâtre soit indispensable à la clarification et à la conservation des vins. D'autre part, il a noté que cette manipulation du vin déterminait des troubles gastro-intestinaux chez de nombreux consommateurs : brûlure dans l'estomac, coliques et diarrhée. L'établissement des sourds-muets de la Loire-Inférieure a été le théâtre d'une épidémie de diarrhée atteignant 30 enfants à la fois. Tous les aliments, pain, eau et vin, furent analysés pour en découvrir la cause. Les deux premiers ne laissaient rien à désirer. Le vin était seulement plâtré à 4 grammes et mêlé par la distribution à parties égales de vin naturel. Deux jours après que les élèves ne burent plus ce mélange, l'épidémie cessa.

Audouard est partisan de l'interdiction absolue du plâtrage, car si l'on fixait une limité de tolérance (par exemple 2 grammes par litre), elle serait sans cesse dépassée. (R. S. M., VII, 569 ; XXV, 152 et XXXI, 506.) J. B.

II. — D'une étude sur le plâtrage des vins, Marty conclut, au nom d'une Commission, que le plâtrage exagéré exerce sur la santé publique une influence fâcheuse ; que la Commission ne peut l'approuver en principe ; mais que, préoccupée des nécessités de la production et du commerce et considérant que, si le sulfate de potasse se rencontre normalement dans les vins purs, il n'y existe jamais dans une proportion supérieure à 60 centigr. par litre, et que, d'autre part, il n'est pas clairement démontré que, jusqu'à la dose de 2 grammes par litre de vin, le sulfate

de potasse, introduit par le plâtrage, ait une action nuisible sur la santé, la Commission émet l'avis :

Que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, ne doit être tolérée que jusqu'à la limite maxima de 2 grammes par litre. OZENNE.

III. — Gautier tire les conclusions suivantes de deux mémoires que Hugounenq et Calmettes ont adressés à l'Académie sur la vinification.

Au point de vue de l'hygiène publique, les pratiques du phosphatage ou du tartrage des moûts, au moyen de substances pures, ne sauraient présenter aucun inconvénient. Ces méthodes de vinification augmentent le titre alcoolique des vins et s'opposent au développement des organismes parasites ; elles augmentent encore les matières toniques et souvent ferrugineuses.

Le phosphatage introduit dans l'économie des sels propres à la reconstitution des tissus. Quant au tartrage des moûts, il n'a pas d'action sensible sur la composition du vin.

Peut-être ces deux méthodes réussiront-elles à préserver les vins de toute altération ultérieure. OZENNE.

Anthracose pulmonaire produite par l'éclairage des mines, par RICHARD (*Revue d'hyg. et police sanit., X, p.* 787, *septembre* 1888).

Richard a observé un certain nombre de cas d'anthracose pulmonaire, dans la province de Constantine, sur des mineurs de fer dont aucun n'avait travaillé précédemment dans des houillères. Il en relate 4 observations dont 2 avec autopsies.

Cette anthracose est due aux lampes fumeuses à huile dont se servent les mineurs. J. B.

Sur les dangers que peuvent présenter les couvercles en étain contenant du plomb, par E. LÉGER (*Revue d'hyg. et police sanit., X, p.* 1088, *décembre* 1888).

Léger a analysé le dépôt formé à la face interne d'une cruche en grès à couvercle d'étain, servant à renfermer du vin de quinquina. Il l'a trouvé composé de plomb et d'étain. Ces deux métaux s'y trouvaient représentés sensiblement dans les mêmes proportions que dans le couvercle, formé d'un étain plombifère à plus de 20 0/0 de plomb.

Donc, le vin, sans arriver au contact du couvercle, l'avait attaqué aussi énergiquement qu'un acide fort, et cela en vertu d'un mécanisme analogue à ce qui se passe dans la fabrication de la céruse par le procédé hollandais.

Le vin a émis des vapeurs alcooliques qui se sont condensées à la face interne du couvercle. Dans ces gouttelettes, l'alcool s'est transformé en acide acétique, lequel a attaqué le plomb. Sous l'influence de l'acide carbonique de l'air, l'acétate de plomb s'est transformé en carbonate ; en même temps, l'étain désagrégé est resté, sous forme de poudre, mélangé au carbonate de plomb.

Le passage du plomb dans le vin est d'autant plus facile que le choc souvent répété du couvercle sur les bords du vase permet la chute d'une partie du dépôt qui est peu adhérent.

Léger conclut que, pour la fabrication de ces couvercles, on devra se montrer aussi exigeant que pour la fabrication des vases d'étain et ne pas tolérer la présence de plus d'un dixième de plomb dans l'alliage (*R. S. M.,* XXIX, 60). J. B.

Estudio clinico de las enfermedades que padecen los obreros de las minas de Almaden (Maladies des mineurs de Almaden), par Gomez de FIGUEROA (*Broch. Madrid,* 1888).

Cet ouvrage fait, en ce qui concerne la partie chimique avec la collaboration de Mendoza et de Villanueva, fournit d'intéressantes notions sur la ville d'Almaden et la ville de Chillon. La population de ces deux villes est constituée par les ouvriers des mines de mercure de Almaden. Dans cette ville, la mortalité excessive de 16 0/0 ne s'explique pas seulement par la nature des travaux des habitants, mais par l'infériorité des conditions hygiéniques. Le travail dans les mines est plus dangereux que le travail dans les ateliers de distillation du mercure. L'anémie, l'hydrargyrisme, la pneumonie chronique sont les principales maladies des mineurs. L'anémie se traduit par la diminution et les altérations des globules rouges, de l'hémoglobine et de l'albumine du sang; il y a en outre augmentation de la fibrine et leucocytose transitoire. L'hydrargyrisme, favorisé par l'anémie, se présente sous trois formes : aiguë, algide, chronique. Il est produit par l'absorption de vapeurs mercurielles par la peau et les voies respiratoires. La forme aiguë s'accompagne surtout de stomatite, colique, diarrhée. La forme algide se complique en outre de convulsions toniques des membres supérieurs, et quelquefois même généralisées. La mort peut arriver alors par asphyxie mécanique au milieu de souffrances atroces. Cette forme est exceptionnelle.

L'hydrargyrisme chronique est caractérisé non seulement par l'anémie, la débilitation, mais encore par les tremblements et par une émotivité toute spéciale. On voit quelquefois survenir des convulsions toniques, limitées, douloureuses, connues sous le nom de *calambres*. La cachexie se développe peu à peu avec torpeur intellectuelle, troubles de la vue, de l'ouïe, abaissement de la température, amaigrissement, etc. L'alcoolisme et la pellagre compliquent souvent l'hydrargyrisme chronique. La pneumonie chronique est produite non seulement par les vapeurs mercurielles, mais aussi par la poussière de cinabre; elle ne paraît pas différer des pneumonies chroniques professionnelles que l'on observe dans d'autres mines.

Les recherches anatomiques font malheureusement défaut dans ce travail, l'auteur n'ayant pu faire d'autopsie. Il rappelle à ce propos les recherches de Letulle sur les paralysies mercurielles. F. BALZER.

Essai sur l'hydrargyrisme professionnel des coupeurs de poils, par Maurice LETULLE (*Revue d'hyg. et police sanit., XI, p.* 40, *janvier* 1889).

Le sécrétage des poils de lapin et de lièvre, destiné à en permettre le feutrage nécessaire à la fabrication des chapeaux, s'effectue à l'aide de nitrate acide de mercure. Après dessiccation à l'étuve des peaux sécrétées, on procède au coupage des poils au moyen de machines.

L'insalubrité de cette profession a été fort exagérée. L'intoxication

des sécréteurs et coupeurs de poils est causée en partie par les vapeurs nitreuses (?), en partie par les poussières de nitrate de mercure.

La pénétration des substances toxiques a lieu à la fois par les voies digestives et aériennes, peut-être même par la peau.

Les deux symptômes les plus constants et les plus précoces de l'hydrargyrisme sont la coloration noire des dents et la diminution notable de la force musculaire, surtout appréciable aux avant-bras. La stomatite mercurielle est exceptionnelle. Le tremblement mercuriel, très commun surtout chez les hommes, apparaît beaucoup plus tardivement et très graduellement. L'alcoolisme a souvent sa part dans la genèse du tremblement.

Letulle a précédemment (*R. S. M.*, XXXI, 111) décrit les diverses formes de paralysies observées chez ces ouvriers.

Presque tous les vieux ouvriers, hommes et femmes, deviennent névropathes. Comme mesures prophylactiques, outre la sobriété à l'égard de l'alcool et les soins de toilette, Letulle préconise l'emploi régulier du soufre (bains sulfureux et limonade sulfurique) et l'exclusion des individus nerveux ou alcooliques (*R. S M.*, II, 309 et XXII, 521). J. B.

Stazione di vaccinazione antirabica di Palermo ; relazione del suo primo anno di vita, par A. CELLI et L. de BLASI (*Brochure in-8°, Palerme* 1888).

Dans les dix dernières années, on a observé en Sicile 82 cas de rage, soit 0,30 pour 10,000 habitants sur une population de 2,687,000 habitants.

En un an, on a vacciné 131 individus : 29 avec des moelles de lapin dont la plus virulente remontait à six jours, exceptionnellement à cinq ou quatre, la durée du traitement étant de dix jours; il y eut un mort; 37 ont été traités en onze à quatorze jours et inoculés avec des moelles dont la plus virulente n'avait que cinq jours, il y eut un mort; 65 ont été vaccinés en 17 jours avec des moelles dont la plus récente n'avait que 3 jours, il n'y eut pas de mort.

Les auteurs ont constaté par des expériences personnelles que le sang et le lait des animaux rabiques ne sont pas virulents, que l'injection intra-péritonéale est un mode très incertain de transmission de la rage, que l'ingestion des centres nerveux des animaux enragés ne produit pas la rage, que les petits des femelles enragées ne sont pas atteints.

GEORGES THIBIERGE.

Sur la présence des germes vivants dans les conserves alimentaires, par POINCARÉ et MACÉ (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *XI*, *p.* 107, *février* 1889).

Fernbach ayant (*Annales de l'Institut Pasteur,* mai 1888) contesté l'assertion de Poincaré (*R. S. M.*, XXXII, 499) que les conserves renferment des germes vivants, Poincaré a repris la question avec l'aide de Macé.

Les recherches ont porté sur 11 conserves différentes, dont 2 de végétaux.

Sur 33 cultures, il y a eu 15 fois développement de bactéries.

Mais, contrairement aux premières expériences, les injections sous-cutanées n'ont donné lieu à aucun accident, soit qu'on les pratiquât avec

les liquides des cultures, soit qu'on les pratiquât avec des macérations dans l'eau froide faites simplement sous cloche. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Traité des maladies des pays chauds. Région prétropicale, par A. KELSCH et P.-L. KIENER (*in*-8° 900 *p.*, *Paris*, 1889).

Dans ce volumineux traité, Kelsch et Kiener étudient d'une façon complète la pathologie de la région prétropicale en ce qui concerne la dysenterie, les hépatites suppurées et l'impaludisme. Ce sont là des affections qui comprennent tant de déterminations, qui peuvent causer des accidents si variés et si graves que leur étude méritait d'aussi amples développements. Les travaux antérieurs des deux auteurs leur donnaient une compétence toute spéciale pour en tracer un tableau d'ensemble.

Il est difficile de donner une idée complète de ce travail « fondé exclusivement sur l'analyse et la synthèse des faits »; aussi nous bornerons-nous à quelques indications rapides.

Le côté microbiologique est relégué au second plan; mais comme le font remarquer les auteurs, l'analyse histologique les avait conduits aux conclusions formulées par les bactériologistes.

On peut diviser les lésions intestinales de la dysenterie en deux formes : ulcéreuse et gangreneuse. La lésion élémentaire et caractéristique de la forme ulcéreuse est la formation d'une eschare sèche, plus ou moins profonde; l'eschare gangreneuse, proéminente, mollasse, humide, d'odeur fétide, reposant sur un fond œdémateux, est la caractéristique de la seconde forme.

Parmi les formes graves de la dysenterie aiguë, Kelsch et Kiener décrivent les types algide, cholérique et septicémique (typhoïde ou hémorragique). Enfin, ils donnent le tableau succinct de ce qu'ils nomment dysenteries proportionnées.

Abordant ensuite la description des abcès du foie au cours de la dysenterie, ils arrivent de par l'étiologie et l'anatomie pathologique à cette conclusion importante, à savoir que dans l'intestin, comme dans le foie, le processus intime est de nature nécrosique et associé à un élément inflammatoire, et qu'ainsi la dysenterie joue, vis-à-vis des abcès du foie, le rôle de cause spécifique aidée par certaines causes d'ordre inférieur (température, endémie, race, excès, etc.).

Arrivant à l'étude de la pyrétologie, les auteurs donnent la description de la fièvre typhomalarienne, et établissent l'essence et les caractères généraux des maladies proportionnées, mixtes, composées de Torti, formées par l'association de différents processus morbides pouvant se juxtaposer ou s'enchevêtrer (proportionnées proprement dites) : dysenterie et scorbut; dysenterie et fièvre typhoïde; fièvre intermittente et fièvre typhoïde, etc.

L'étude de l'intoxication paludéenne dans ses formes aiguës et chroniques embrasse plus de la moitié de l'ouvrage. Parmi les points nouveaux mis en lumière dans l'histoire de cette maladie, nous citerons l'étude des pigments dont il faut reconnaître deux variétés : le pigment mélanémique, propre à la malaria, constant dans les fièvres paludéennes et dont la formation dépendrait de deux facteurs; l'altération primitive du sang et l'action propre de la rate et de la moelle osseuse; le pigment ocre, d'aspect très variable suivant les organes, dérivant de l'hémoglobine, et renfermant du fer que l'on peut déceler dans les produits anciens.

Dans la description de l'intoxication paludéenne aiguë, nous insisterons plus particulièrement sur l'étude des fièvres bilieuses à propos desquelles Kelsch et Kiener étudient la pathogénie de l'ictère et l'urobilinurie, et les rapports de l'hémoglobinurie (fièvre bilieuse hémorragique) avec l'ictère, la polycholie et l'urobilinurie.

Citons encore le chapitre consacré à la cachexie paludéenne avec siderosis des organes, et ceux où sont exposées les lésions hépatiques et les lésions rénales. P. TISSIER.

Manuel de diagnostic des maladies internes, par Rudolf von JAKSCH, traduction par MOULÉ (*Paris*, *in*-8°, 1888).

Le manuel de diagnostic de Jaksch n'est pas conçu dans l'esprit de nos traités de séméiotique. L'auteur ne cherche pas à analyser tel ou tel symptôme morbide, mais à donner les moyens de reconnaître les altérations subies par les tissus et les tumeurs normales ou pathologiques de l'économie. C'est donc bien plutôt un livre d'anatomie pathologique que de diagnostic proprement dit : mais en exposant les procédés d'étude récents, chimiques, macroscopiques et microbiologiques, il est certain qu'il vient combler une lacune et rendre un service signalé aux médecins.

Le plan général de l'ouvrage est le suivant :

L'auteur prend sucessivement les différents liquides de l'organisme, sang, salive, suc gastrique, crachats, urine, etc. ; il commence par en donner les caractères normaux, leur réaction chimique et leur histoire microscopique ; puis il envisage les altérations morbides qu'ils sont sujets à subir, soit du fait des maladies fébriles, soit par vice constitutionnel, soit enfin et surtout par l'introduction de microorganismes parasitaires.

C'est dire que, après chaque chapitre d'anatomie pathologique générale, il y a toute une description des différents bacilles qui peuvent se rencontrer dans le liquide analysé, et de la technique qui permet de les y découvrir. Cette méthode expose l'auteur à un certain nombre de redites, puisque tel de ces bacilles, celui de la tuberculose par exemple, peut se rencontrer à la fois dans le sang, les crachats, l'urine, etc. ; mais au point de vue de l'examen spécial de chacune des humeurs de l'économie, elle offre de réels avantages.

On trouvera dans cet ouvrage de très intéressants chapitres sur les altérations chimiques du sang, sur les enduits buccaux, sur les crachats pulmonaires, le suc gastrique et l'analyse des vomissements, enfin sur les champignons pathogènes et non pathogènes qui pullulent

dans les divers sécrétions. Un résumé très bien fait de technique bactériologique complète cet important ouvrage. H. R.

Contribution à l'étude de la dénutrition chez le vieillard, par A. MOSSÉ (*Gaz. hebd. Montpellier, mars* 1889).

D'après l'étude de l'excrétion urinaire de deux vieillards sains, poursuivie pendant dix jours consécutifs et rapprochée des résultats, d'ailleurs peu nombreux, publiés par d'autres auteurs, Mossé pense pouvoir tirer les conclusions suivantes, mais sous réserves, en raison du nombre limité des faits jusqu'ici observés :

1° Si on divise en deux groupes les substances organiques ou minérales éliminées par l'urine, suivant que ces substances sont parvenues à un degré d'oxydation parfaite ou d'oxydation incomplète, on constate que les premières sont notablement augmentées, et les secondes notablement diminuées chez le vieillard.

2° La proportion entre les divers éléments complètement oxydés reste chez le vieillard sensiblement ce qu'elle est chez l'adulte.

3° L'augmentation du phosphore incomplètement oxydé de l'urine semble, comme l'avait supposé Lépine, dépendre bien plus de la diminution des combustions organiques que d'une désintégration plus active de la substance nerveuse.

La diminution chez le vieillard, autant qu'on en peut juger d'après ce qui précède, ne porterait pas plus spécialement sur un système ou tissu. Le ralentissement de la nutrition est général et graduel. L'augmentation, dans l'urine des vieillards, des déchets insuffisamment comburés coïncidant avec la diminution des produits parvenus à leur degré d'oxydation parfaite, apporte une preuve de plus de la corrélation intime qui existe entre l'activité des mutations nutritives et l'énergie vitale de l'organisme. A. C.

I. — **De la thrombose des sinus de la dure-mère, par L. LANCIAL** (*Thèse de Paris*, 1888).

II. — **A case of thrombose... (Thrombose du sinus longitudinal, foyer hémorragique donnant lieu à de l'épilepsie corticale), par V. HORSLEY** (*Brain, p.* 102, *avril* 1888).

I. — Travail considérable, riche en observations récentes et bien prises (58) et en faits inédits dus à la pratique du chirurgien anglais V. Horsley. L'auteur envisage successivement les thromboses cachectiques et les thromboses inflammatoires. Indépendamment des conditions très connues de propagation de phlébite frontale ou ophthalmique, il existe des anastomoses nombreuses entre le réseau veineux céphalique et facial et les sinus de la dure-mère. L'oreille, l'orbite, les fosses nasales, la bouche et le pharynx peuvent être le point de départ de la thrombose, presque toujours septique.

Si la lésion initiale est extracrânienne, la seule thérapeutique rationnelle est le traitement local antiseptique avec drainages et lavages répétés.

Si le diagnostic est certain, Lancial conseille, en raison de l'extrême

gravité de l'affection, d'ouvrir certaines veines périphériques (faciale et frontale), et d'en extraire les caillots septiques.

Dans les affections de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, la trépanation hâtive a pour effet d'empêcher la thrombose du sinus latéral et même d'arrêter son expansion si déjà elle existe. On serait même autorisé, dit l'auteur, à tenter la ligature de la jugulaire interne dans les cas où on aurait reconnu les manifestations de l'embolie septique.

Cliniquement, toutes les fois qu'il existe des symptômes cérébraux obscurs, il faut penser à la thrombose des sinus, et rechercher s'il n'existe pas une lésion dans les diverses cavités de la face. H. R.

II. — Un homme de 24 ans, souffrant depuis plusieurs mois de tuberculose de l'os pariétal et de l'os malaire, est pris de symptômes de thrombose de la veine frontale et des sinus de la dure-mère, et de crises épileptiformes. Pendant ces crises, qui duraient quelques secondes, la tête tournait du côté gauche, puis le bras se dressait à angle droit en complète extension, avec contracture des interosseux ; finalement, la tête se reportait à droite, et le reste du corps était envahi par les convulsions. La lésion semblait donc intéresser le centre des mouvements de la tête et des yeux, c'est-à-dire, théoriquement, le tiers postérieur de la circonvolution frontale moyenne, et le bord antérieur de la frontale ascendante, pour le reste des mouvements de la tête, et la circonvolution marginale au niveau de l'intersection du sillon précentral et du sillon longitudinal pour ceux des yeux.

Or, voici ce que fournit l'autopsie : nécrose du pariétal et du frontal gauche, ainsi que du malaire droit.

Le tiers antérieur du sinus longitudinal est rempli par un caillot déposé pendant la vie, fibrineux et adhérent. Une grosse veine correspondant à la région frontale droite est également le siège d'une thrombose.

Comme conséquences de ces thromboses, on trouve des foyers hémorragiques corticaux aux points suivants :

a) Hémisphère droit : à la partie postérieure de la circonvolution frontale moyenne — bord antérieur de la frontale ascendante — bord externe du tiers moyen de la frontale supérieure.

b) Hémisphère gauche : foyer au niveau du tiers moyen de la frontale supérieure. C'est bien là le point qui coïncidait avec les mouvements observés pendant la vie. H. R.

I. — **Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose médullaire**, par **ROTH** (*Arch. de neurol.*, *XIV*, *p.* 368, *XV*, *p.* 161, *XVI*, *p.* 23).

II. — **Œdem der Oberextremitäten** (Syringomyélie), par **Ernest REMAK** (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 41, *janvier* 1889).

III. — **Sur un cas de syringomyélie**, par **DÉJERINE** (*Soc. méd. hôp.*, *février* 1889).

IV. — **De la syringomyélie**, par **DEBOVE** (*Ibidem*, 22 *février* 1889).

V. — **Syringomyélie und Scoliose**, par **M. BERNHARDT** (*Centralbl. f. Nervenheilk.* *n*° 2, 1889).

I. — La gliomatose spinale se caractérise, selon Roth, par quatre séries de symptômes fondamentaux : 1° l'analgésie et l'anesthésie thermique, ou les deux simultanément ; 2° des troubles subjectifs de la sensibilité (sensation de refroidissement, de chaleur, de constriction, de corps étrangers, de fourmillement et des douleurs variables de forme, de siège et d'intensité) ; 3° des troubles moteurs (parésies limitées à des régions peu étendues, atrophies, mouvements convulsifs, etc.) ; 4° des troubles

trophiques et vaso-moteurs (atrophie musculaire, dystrophie de la peau et du tissu cellulairc sous-cutané, etc.)

Le substratum anatomique du tableau qu'il décrit est constitué par des processus morbides, portant tantôt le nom de gliome de la moelle épinière, tantôt celui de syringomyélie.

Certaines formes de syringomyélie n'ont aucun rapport avec le type qu'il décrit. Voici celle à laquelle il rattache ses observations. La névroglie s'hyperplasie d'une manière diffuse et pénètre entre les éléments nerveux. C'est d'ailleurs dans la substance gélatineuse de la moelle que la maladie a le plus souvent son siège.

Dans cette forme se produit le plus souvent la dégénérescence et la liquéfaction du tissu pathologique avec formation de cavités, ce qui, du reste, ne constitue pas un phénomène nécessaire. Il ne s'agit donc pas de tumeurs, à proprement parler. Schultze appelle cette forme gliose de la moelle épinière; mais ordinairement elle se combine avec des hyperplasies néoplasiques de l'épendyme plus limitées de forme et de structure; c'est pourquoi l'auteur préfère le nom de gliomatose pour toutes ces formes.

Le diagnostic est facile dans les cas où des troubles de la sensibilité plus ou moins étendus, portant principalement sur la sensibilité thermique, s'associent avec des phénomènes parétiques ou des atrophies musculaires. Ces dystrophies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, les troubles vaso-moteurs, les altérations de la sécrétion sudorale, la lésion des articulations, la fragilité des os, etc., ne servent qu'à confirmer le diagnostic. Quant au pronostic, il n'est pas absolument fatal, et l'on peut mettre en usage, comme traitement, l'hydrothérapie, l'électricité, le nitrate d'argent pris à l'intérieur, le fer, l'arsenic, la quinine, la strychnine, etc., les altérants et les révulsifs locaux. DESCOURTIS.

II. — Ouvrier, âgé de 38 ans. En 1877 chute d'une hauteur de 9 mètres avec contusion du rachis ; l'année suivante, fracture de l'avant-bras gauche. Depuis janvier 1886, émaciation et affaiblissement graduels de la main gauche ; en mai, céphalalgie occipitale et raideur douloureuse de la nuque, puis gêne de la déglutition et affaiblissement du membre inférieur gauche, avec exagération du réflexe rotulien.

L'atrophie musculaire, limitée à la main gauche, est surtout marquée au niveau du premier espace interosseux : elle s'accompagne d'une diminution de l'excitabilité électrique.

La sensibilité à la douleur comme à la température (pour la chaleur encore plus que le froid), a complètement disparu dans tout le membre supérieur gauche, dans la moitié gauche du cou, du thorax et du ventre, ainsi que dans la cuisse correspondante. Les réflexes cutanés, abdominal et scrotal font défaut de ce côté.

Puis cette paralysie partielle de la sensibilité a gagné l'épaule droite et le dos de la main droite.

Dans ces derniers temps, enfin, les autres modes de sensibilité cutanée (contact et pression) commencent aussi à s'affaiblir au niveau du membre gauche, et l'on note quelque trouble du sens de la position des doigts.

Du jour au lendemain (21 octobre dernier) est brusquement apparu un gonflement indolore de la main gauche, et 8 ou 10 jours plus tard de la main droite ; la tuméfaction est plus marquée sur la face dorsale, et elle remonte jusqu'à mi-hauteur de l'avant-bras. La peau a sa coloration normale, l'empreinte faite par le doigt est peu marquée et peu durable. Le gonfle-

ment est uniforme, assez dur et s'accompagne d'une légère élévation de la température locale.

Remak diagnostique un cas de syringomyélie. J. B.

III. — Le malade de Déjerine est un homme de 64 ans, qui a présenté, à l'âge de 25 ans, les premiers symptômes consistant en faiblesse des bras; au bout de deux ans il ne pouvait plus travailler; l'affection resta stationnaire pendant plus de vingt ans, et a depuis peu à peu augmenté. Actuellement le malade est très voûté, le menton rapproché du sternum, les moignons des épaules portés en avant. Il y a en outre une scoliose de la colonne dorsale avec convexité latérale droite. L'atrophie, masquée par une adipose sous-cutanée considérable, porte sur les deux deltoïdes, les sus et sous-épineux, les grands pectoraux, les biceps et triceps droits, les extenseurs et fléchisseurs de l'avant-bras droit, et sur l'éminence thénar; à gauche, sur le long supinateur et le groupe cubital, sur les éminences thénar et l'hypothénar. Aucune des mains n'a la griffe simienne. Dès que le malade est à l'air, les deltoïdes, biceps et triceps présentent des contractions fibrillaires très nettes. Pas de réflexe olécrânien.

Les membres inférieurs ne présentent pas trace d'atrophie ni de faiblesse; les réflexes patellaires sont augmentés.

La sensibilité tactile est normale sur tout le corps; la sensibilité à la douleur est altérée sur les membres supérieurs et le tronc jusqu'à une ligne circulaire passant au-dessous des reins; à la face il y a analgésie de la moitié droite. La sensibilité thermique est très altérée sur toute la partie supérieure du tronc, la tête et les membres supérieurs; le malade sent à peine le froid d'une vessie de glace, de même ne fait pas la différence entre 30° et 50°. Du côté gauche de la face seulement il perçoit une différence de température; une bouteille d'eau à 85° n'est perçue comme assez chaude qu'à l'extrémité des doigts. Partout ailleurs il n'a pas la notion du chaud.

Les bras et avant-bras se cyanosent peu au contact de l'air; la peau des doigts est lisse; une injection de pilocarpine détermine une sueur bien plus abondante dans les points analgésiés et thermo-anesthésiés que sur le reste du corps.

Il y a une diminution très grande de la sensibilité électrique; elle est presque nulle aux points analgésiés. Il y a en outre une perte complète de la contractilité galvanique et faradique des muscles de la main, des fléchisseurs des doigts, des sous-épineux et du grand pectoral, avec réaction de dégénérescence dans les muscles trapèze et deltoïde droits. H. L.

IV. — Debove a observé un malade qui présentait une analgésie et une thermo-anesthésie complète. Celle-ci occupait les membres inférieurs à partir du tiers moyen de la cuisse, les membres supérieurs à partir de l'insertion humérale du deltoïde; à la racine des membres, au tronc, au cou, elle était incomplète et n'existait pas à la tête. La sensibilité tactile était intacte presque sur tout le corps. Il y avait une atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras droit, une atrophie légère du deltoïde; à gauche, atrophie de la main; aux membres inférieurs, atrophie légère des muscles du mollet et du biceps crural gauche. Scoliose prononcée à la région sous-lombaire. Plus tard est survenue une cystite purulente. Le réflexe rotulien, disparu à gauche, est exagéré à droite. H. L.

V. — Bernhardt commence par établir que Roth et lui-même ont, les premiers, fait cette remarque que le panaris de Morvan présentait les plus grandes analogies avec la syringomyélie, et devait, suivant toute vraisemblance, être englobé dans celle-ci.

A propos de l'observation faite par Auguste Broca de la fréquence de la scoliose dans la maladie de Morvan, Bernhardt a étudié au point

de vue de cette déformation 70 cas de syringomyélie authentique ou très probable rapportés par différents auteurs ; sur ces 70, il en a trouvé 16 à 18, soit 25 0/0 dans lesquels existait une déviation de la colonne vertébrale. Bernhardt donne l'indication bibliographique de chacun de ces cas. La déviation rachidienne peut ne pas exister au moment où on observe tout d'abord le malade, et se montrer seulement dans la suite (cas de Kalher). Ces faits montrent que les déviations rachidiennes sont un symptôme fréquent de la syringomyélie. PIERRE MARIE.

I. — Beiträge zur Lehre von der progressive Muskelatrophie, par E. HITZIG (*Berl. kl. Woch., p.* 497, 18 *juin et* 20 *août* 1888).

II. — Ueber hereditäre progressive Muskelatrophie, par LICHTHEIM (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p.* 603, 1er *octobre* 1888).

III. — Ueber einen Fall von juveniler progressiver Muskelatrophie, par Hermann OPPENHEIM (*Charité Annalen, p.* 384, 1888).

IV. — Dystrophie musculaire progressive chez deux sœurs, par R. von LIMBECK (*Berl. kl. Woch., p.* 513, 18 *juin* 1888).

V. — De la corrélation qui existe entre la prédisposition de certains muscles à la myopathie et la rapidité de leur développement, par BABINSKI et ONANOFF (*C. rendus Soc. biol., février* 1888).

VI. — Muscular atrophy affecting many members of a family, par W. HERRINGHAM (*Brain, p.* 230, *juillet* 1888).

I. — Relation de 4 cas d'atrophie musculaire progressive juvénile. Les 2 premiers sont intéressants surtout en ce qu'ils ont permis d'étudier les altérations musculaires à leur stade initial.

1er *cas.* — Agriculteur de 24 ans; affaiblissement croissant depuis 6 mois; contractions fibrillaires dans les membres supérieurs. Aucun des muscles n'est atrophié mais ceux des bras, des épaules et les droits abdominaux sont manifestement hypertrophiés. Réflexes tendineux très énergiques, exagération de l'excitabilité faradique.

Examen d'un fragment excisé du biceps. A l'état frais, presque toutes les fibres sont considérablement hypertrophiées ; leur striation transversale est indistincte et leur striation longitudinale très apparente. Les noyaux du sarcolemme sont multipliés. L'hypertrophie des fibres est très nette : elles mesurent en moyenne 110μ contre 43,6 dimensions moyennes des fibres d'un biceps normal. On y observe les premiers vestiges de la formation des vacuoles sur laquelle Martini et Erb ont appelé l'attention. Les trabécules du périmysium interne sont épaissis et les noyaux plus abondants.

Ce fait est favorable à l'opinion que l'hypertrophie des fibres est le premier stade de leur atrophie. Il montre de plus que, dès le début, cette dystrophie spéciale attaque le parenchyme.

2e *cas.* — Valet de charrue âgé de 19 ans, sans hérédité. Depuis 6 mois, douleurs et gêne des mouvements du coude droit. Atrophie des grands pectoraux et des trapèzes. L'excitabilité faradique intra-musculaire est manifestement accrue pour le biceps droit, diminuée pour les grands pectoraux et presque éteinte pour le trapèze.

Examen d'un fragment excisé du biceps droit. Pas d'anomalie à l'œil nu. Après durcissement et coloration des coupes, hypertrophie modérée des fibres, striation transversale généralement conservée mais moins distincte ; disposition fibrillaire marquée. Noyaux de sarcolemme augmentés de nombre. Les coupes transversales permettent de reconnaître que l'hypertrophie des

fibres est assez uniforme; leur grosseur moyenne est de 99μ. Beaucoup de fibres offrent une tendance à la fissuration. Le périmysium interne est grêle, peu abondant, non hyperplasié, pas très riche en noyaux ni vascularisé. Absence complète d'infiltration graisseuse.

3e *cas.* — Paysanne de 21 ans. Forme juvénile de l'atrophie musculaire, consécutive à un traumatisme; prédominance à l'épaule droite. Pas de contractions fibrillaires : diminution de l'excitabilité faradique.

Examen des fibres musculaires. Celles qui sont atrophiées présentent une augmentation des noyaux du sarcolemme. Le tissu interstitiel est hyperplasié et infiltré de graisse. D'autres fibres sont hypertrophiées et peu striées transversalement.

4e *cas.* — Homme de 46 ans, alcoolique. Début il y a 15 mois par les fourmillements du bras droit, puis de l'épaule. Atrophie progressive prédominante aux membres supérieurs. Contractions fibrillaires excessives, exagération des réflexes tendineux, sauf au niveau des muscles atrophiés.

Examen du biceps et du deltoïde. Il existe des fibres hypertrophiées, avec prolifération nucléaire, et d'autres atrophiées. Celles-ci sont pâles, mal striées, parsemées de vacuoles. Hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel.

L'auteur rattache à la forme juvénile à type scapulo huméral les 3 premières observations. La 4e en diffère cliniquement, mais offre les mêmes lésions anatomiques.

A ce point de vue, il regarde la lésion essentielle de l'atrophie juvénile non comme une myosite hyperplasique ni comme une prolifération avec dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. La lésion primordiale occupe le parenchyme et se traduit d'abord par une hypertrophie des fibres. Au contraire la paralysie pseudo-hypertrophique offre dès le début une participation active du tissu interstitiel aux lésions morbides. Il n'y a donc pas de parité entre les 2 syndrômes pathologiques. J. B.

II. — Les observations de Lichtheim concernent 3 frères; un 4e, l'avant dernier, est bien portant. Pas d'hérédité connue.

Le plus jeune frère, âgé de 30 ans, présente les symptômes suivants : affaiblissement et atrophie des petits muscles de la main et à un degré moindre des extenseurs des avant-bras; contractions fibrillaires très marquées sur tout le corps. Les muscles atrophiés, au contraire, sont le siège de contractions involontaires totales qui produisent de petits déplacements des parties qu'ils meuvent; leur excitabilité électrique est considérablement diminuée pour les deux espèces de courants. Aux pieds, saillie anormale des extenseurs des orteils par atrophie des fléchisseurs propres.

Les troubles du membre supérieur sont apparus depuis 2 ans, mais la déformation des pieds remonte à l'âge de 7 ans.

Les deux frères plus âgés présentent exactement les mêmes phénomènes. Chez l'aîné, la disposition en griffe des pieds est encore plus manifeste et a débuté à l'âge de 6 ans. On observe d'ailleurs les mêmes contractions fibrillaires et la diminution d'excitabilité électrique dans les muscles atrophiés.

Enfin le dernier frère malade offre, à un degré beaucoup moindre, des symptômes identiques d'atrophie.

Cette forme d'atrophie a déjà été signalée par Charcot et Marie (*R. S. M.*, XXVIII, 118).

III. — Observation de myopathie atrophique progressive infantile portant sur les muscles de la ceinture scapulaire, des lombes, des extenseurs de la cuisse, avec augmentation de volume, pseudo-hypertrophie des muscles des mollets. Le cas, à ce point de vue, rentre dans une série bien connue

et représente un type classique. Il est remarquable par l'existence de manifestations exceptionnelles du côté des muscles oculaires et des muscles du larynx. Du côté des yeux, les mouvements de latéralité étaient restreints, surtout en dehors. Quand on pratiquait l'occlusion d'un œil, il y avait du nystagmus du côté opposé.

La luette était un peu déviée à droite. La voix du malade était faible, puérile. Les cordes vocales étaient flasques, excavées sur leurs bords, en raison d'un état parétique du thyro-aryténoïdien interne. A. MATHIEU.

IV. — Chez deux sœurs, l'atrophie musculaire progressive est apparue à la puberté et s'est cantonnée aux fléchisseurs des hanches et aux extenseurs du rachis. Aussi Limbeck rattache-t-il ces deux cas au type héréditaire de Leyden. L'examen microscopique d'un fragment de muscle excisé n'a révélé que des altérations relativement insignifiantes, consistant en divers degrés de la dégénérescence cireuse. J. B.

V. — Les auteurs se demandent quelle peut être la cause de la prédisposition de certains muscles à la myopathie, tandis que d'autres sont réfractaires à l'affection. Ils examinent successivement pourquoi la myopathie débute et prédomine chez les divers malades tantôt dans une région, tantôt dans une autre : ils recherchent en quoi consiste la prédisposition de certains sujets, de certaines familles à cette affection ! Ils en arrivent à établir une loi de corrélation entre le degré de prédisposition des muscles à la myopathie et le degré de rapidité de leur développement : il existe, dans certains cas, pour le système musculaire, comme pour le système nerveux central, un lien entre l'anatomie pathologique et l'anatomie du développement. PAUL LOYE.

VI. — Jeune homme de 22 ans, atteint depuis cinq ans d'atrophie musculaire progressive : début par les jambes et spécialement par les péroniers; puis extension aux muscles intrinsèques de la main et aux extenseurs de l'avant-bras. Tremblement fibrillaire, réactions électriques conservées ainsi que les réflexes tendineux : pas d'envahissement de la face.

Ce cas n'a pas les allures habituelles des myopathies, mais il est intéressant en ce que, dans la famille du jeune homme, c'est une affection héréditaire. L'auteur donne le tableau de cinq générations de cette famille : dix-neuf membres, appartenant au sexe masculin, sont des atrophiques : 46 personnes, et dans ce nombre toutes les femmes, échappent à la maladie.

H. R.

Contribution à l'étude de la paralysie atrophique de l'enfance à forme hémiplégique (Téphro-myélite unilatérale), par **DÉJERINE** et **HUET** (*Archiv. de Physiologie*, 1er *avril* 1888).

Déjerine et Huet ont recueilli l'observation d'un homme de 46 ans, atteint de paralysie infantile à forme hémiplégique ayant débuté à l'âge de 11 mois : le bras et la jambe du côté droit sont atrophiés, raccourcis et paralysés, la face est intacte. Cet homme étant mort de tuberculose pulmonaire, l'autopsie a montré une atrophie des racines antérieures de la moitié droite de la moelle épinière dans toute sa hauteur. L'examen histologique a fourni des résultats complexes dont le résumé peut être ainsi formulé : atrophie des cellules du groupe postéro-externe de la corne antérieure droite dans toute l'étendue de la moelle ; atrophie de la colonne de Clarke correspondante ; altération des racines du côté sain sans lésion des cellules correspondantes ; diminution de volume du faisceau antéro-interne du côté sain ; atrophie simple des fibres musculaires avec hypertrophie d'un grand nombre d'entre elles. A. GILBERT.

I. — Ueber die Localisation der Tabes dorsalis, par E. JENDRASSIK (*Deutsch. Arch. f. kl. Med. XLIII, p.* 544).

II. — Ueber Fälle von Crises gastriques..., par LEYDEN et Discussion (*Berl. klin. Woch., n°* 53, *p.* 1068, *décembre* 1888).

III. — Vorstellung eines Kranken... (Crises gastriques coïncidant avec une hydronéphrose intermittente), par RENVERS (*Ibidem p.* 106).

IV. — Ueber reflectorische Pupillenstarre (Immobilité réflexe de la pupille), par MÖBIUS (*Centralbl. f. Nervenk., n°* 23, 1888).

I. — Dans deux cas d'ataxie locomotrice, Jendrassik a examiné histologiquement les circonvolutions cérébrales; il y a trouvé des lésions auxquelles il attribue une importance considérable. Cette lésion consiste surtout dans la disparition du réseau des fibres nerveuses qui existe dans la couche superficielle des circonvolutions. Ces fibres paraissent être destinées à mettre en relation, les unes avec les autres, les grandes cellules pyramidales situées plus profondément. Tuczek, dans la paralysie générale, a constaté de même la disparition de ces fibres d'union intercellulaire. Les cellules correspondantes présentent elles-mêmes des lésions de dégénérescence.

D'après Jendrassik, cette lésion serait capable d'expliquer tous les phénomènes d'incoordination motrice et les troubles sensitifs.

Dans les deux cerveaux examinés, les lésions des circonvolutions n'étaient pas également réparties. Dans le premier cas, les circonvolutions occipitales étaient surtout atteintes; dans le second, c'étaient surtout les circonvolutions motrices. Le premier malade présentait, du reste, des troubles de la vue qu'on ne relevait pas chez le second.

Pour Jendrassik, la lésion des circonvolutions serait l'altération primordiale de l'ataxie locomotrice. Les lésions de la moelle viendraient en seconde ligne. Il s'agirait là d'une sorte de dégénérescence spontanée, et non d'une inflammation. ALBERT MATHIEU.

II. — Les deux femmes présentées par Leyden ont de commun l'insignifiance des autres symptômes tabétiques, et le fait que toutes deux ont subi des opérations dirigées contre leurs crises gastriques; mais, tandis que chez l'une, ces dernières sont encore très violentes, chez l'autre, elles ont cessé depuis quelques années.

Chez la première, où le diagnostic a longtemps varié, les premiers indices du tabes remontent à 1883. A ce moment, cette femme était enceinte et, pour faire cesser les vomissements qui accompagnaient les douleurs gastriques, on pratiqua l'avortement, mais il n'eut qu'une efficacité passagère. On lui fit ensuite, sans succès plus durable, l'amputation du col utérin. A la suite d'une seconde grossesse, les crises gastriques cessèrent encore, mais moins longtemps que la première fois. Dès lors, elles sont redevenues de plus en plus fréquentes.

Chez la seconde malade, âgée de 32 ans et atteinte de tuberculose, on a pratiqué, pour la même raison, deux laparotomies exploratrices; à la suite de la deuxième, les crises gastriques n'ont pas reparu.

Dans la discussion, Senator mentionne une femme tabétique qui rapportait ses crises gastriques tout à fait typiques, à la présence d'un rein mobile. La néphrorraphie fit cesser les crises seulement pendant quelques mois. J. B.

III. — Boulanger âgé de 28 ans. Début deux ans auparavant, par une crise de crampes néphrétiques à irradiations inguinales et testiculaires, avec vomissements et diarrhée, pendant trois jours. Ces crises se succèdent à quelques semaines de distance, offrant toujours les mêmes caractères. Pas de troubles moteurs ni sensitifs : réflexes rotuliens conservés : pas de signe de Romberg. Paralysie de l'accommodation des deux yeux, inertie pupillaire.

Dans les crises suivantes, on s'aperçoit de la présence d'une tumeur mobile, douloureuse, évidemment formée par le rein; cette tumeur disparaissait après la crise.

Leyden admet qu'il s'agit d'une coïncidence de tabes au début, avec une hydronéphrose intermittente : diagnostic qui, pour Remak, est contestable. J. B.

IV. — Möbius combat la façon de voir de Heddaeus, au sujet de l'immobilité réflexe unilatérale de la pupille. Il distingue deux états différents : 1° l'*immobilité réflexe* unilatérale, dans laquelle la pupille ne subit plus de changements dans son diamètre, sous l'influence des actes réflexes; 2° l'*engourdissement réflexe* unilatéral, dans lequel la pupille ne réagit plus à la lumière, mais sans qu'il y ait amblyopie ni perte des mouvements dans l'accommodation. Le premier phénomène serait dû à une lésion intra-cérébrale dans le voisinage des noyaux; le second à une lésion périphérique des voies de conduction centripète, pour les impressions lumineuses. La discussion à laquelle se livre Möbius s'appuie surtout sur un cas do tabes avec immobilité pupillaire réflexe unilatérale. PIERRE MARIE.

I. — Beiträge zur Pathologie der Kakke, par MIURA (de Tokio) (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CXIV*, *Heft* 2 *et* 3, *et CXV*, *Heft* 2).

II. — Ueber Beriberi, par JELGERSMA (*Centralbl. f. Nervenheilk, mars* 1889).

III. — Béribéri à forme paralytique, par A. ROORYCK (*Thèse de Paris*, 1888).

I. — Le béribéri aigu ou pernicieux est caractérisé par des troubles profonds dans les mouvements respiratoires et circulatoires aboutissant le plus souvent à la paralysie cardiaque. Ces symptômes sont déterminés par la paralysie du diaphragme, qui ne fonctionnant plus entraîne le retrait de la cage thoracique. Les poumons se rétractant également, il en résulte une diminution d'étendue de la nappe sanguine. Cela fait que le ventricule droit ne peut plus se débarrasser du sang qui y afflue. C'est de cette façon que l'auteur explique la dilatation et l'hypertrophie du cœur droit qui s'ensuivent. L'électrothérapie donne d'excellents résultats dans ces cas, surtout quand la faradisation est appliquée aux nerfs phréniques.

Les lésions anatomo-pathologiques sont insignifiantes chez ceux qui succombent au béribéri. Les symptômes cliniques essentiels sont la paralysie des muscles et surtout celle des extenseurs des extrémités, bien que les fléchisseurs ne soient pas épargnés. A la suite de la paralysie, on observe l'atrophie musculaire. L'anesthésie s'étend surtout sur les régions innervées par les nerfs saphènes et le nerf péronier superficiel dans le membre inférieur, et par le rameau cutané du radial externe dans le membre supérieur.

Quant à l'étiologie du béribéri, Miura croit pouvoir attribuer la maladie à une intoxication par les poissons. En effet, elle apparaît au mois de mars pour disparaître au mois de septembre et règne ainsi pendant tout le temps que certaines espèces de scombérides arrivent sur le marché. Les détenus d'une part, les soldats de la marine japonaise d'autre part, qui ne mangent jamais de ce poisson, ne sont pas atteints de béribéri. Les villes du Japon où ce même poisson fait défaut, sont également épar-

gnées, tandis que les cas les plus fréquents sont observés dans les localités où l'on mange divers poissons appartenant au genre *scomber*.

ED. RETTERER.

II. — Résumé du rapport adressé au gouvernement hollandais par Pekelharing et Winkler sur la nature et la cause de cette maladie.

Le béribéri est bien, comme l'ont montré Baelz et Scheube, une névrite périphérique multiple. L'un des symptômes les plus constants et les plus précoces est la modification de l'excitabilité des nerfs et des muscles. C'est ordinairement dans le domaine du sciatique poplité externe que ces modifications se montrent tout d'abord, ainsi que les fléchisseurs dorsaux du pied ; ces modifications se rapprochent plus ou moins de celles connues sous le nom de réaction de dégénération. — Suit une description des symptômes et de la marche du béribéri.

La partie anatomo-pathologique s'appuie sur les résultats de 85 autopsies; l'auteur insiste sur la fréquence des hydropisies séreuses ou sous-cutanées.

Pekelharing et Winkler ont trouvé d'une façon constante dans le sang des malades atteints de béribéri des bactéries et des microcoques qu'ils ont inoculés à des lapins, mais une seule injection n'a pas suffi, il en a fallu plusieurs, 20 à 30, pour amener la dégénération des troncs nerveux; les auteurs rapprochent ce fait de ce qui a lieu pour l'homme et pensent que le béribéri ne se gagne pas par une infection unique, mais par un séjour prolongé et une infection continue; aussi recommandent-ils comme traitement le changement d'air, et au point de vue préventif une désinfection minutieuse.

PIERRE MARIE.

III. — Cette thèse contient un bon exposé de la question. D'après les travaux français et étrangers, la monographie de Scheube a été notamment mise à contribution. Les caractères de la paralysie sont décrits en détail. L'auteur admet l'opinion que le béribéri est une névrite périphérique multiple de nature infectieuse. L'anatomie pathologique est traitée avec soin. Le traitement conseillé est l'électrothérapie et l'hydrothérapie combinées. Cette thèse contient trois observations personnelles, et six observations de Scheube.

PIERRE MARIE.

I. — Polynévrites et névrites ascendantes, par P. GROCCO (*Il Morgagni, septembre* 1888).

II. — Ueber multiple Neuritis und Myositis, par SENATOR (*Berl. kl. Woch., p.* 453, 28 *mai* 1888).

III. — Fälle von multipler Neuritis..., par LILIENFELD (*Ibidem, p.* 493 11 *juin* 1888).

IV. — Peripheral neuritis in enteric fever, par H. HANDFORD (*Brain, p.* 237, *juillet* 1888).

V. — Two cases of peripheral neuritis, par H. WALDO (*Brit. med. j., p.* 589, *mars* 1889).

VI. — Secretorisch trophischen Störungen der Haut bei Neuritis (**Troubles trophiques et sécrétoires de la peau dans la névrite**), **par Alb. ERLENMEYER** (*Centr. f. Nervenheilk, n°* 8, 15 *avril* 1889).

VII. — Etudes sur la paralysie faciale périphérique, par G. DESPAIGNE (*Thèse de Paris*, 1888).

VIII. — Ueber eine isolirte peripherische Læhmung... (Paralysie du nerf sus-scapulaire), par BERNHARDT (*Centralbl. f. Nervenh.*, *n°* 7, 1er *avril* 1889).

IX. — Ueber periodische Oculomotorius Lähmung, par JOACHIM (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *XLIV*, *p.* 185).

X. — Ueber Peronœuslähmung (Paralysie du sciatique poplité externe), par BERNHARDT (*Centralbl. f. Nervenh.*, *n°* 24, 1888).

XI. — Ein Fall von rechtsseitiger... (Atrophie progressive de la moitié droite de la face), par L. STEMBO (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 832, 8 *octobre* 1888).

XII. — Raynaud's disease..., par Samuel WEST (*Brit. med. J.*, *p.* 359, *février* 1889).

XIII. — Gangrène des pieds d'origine nerveuse, par F. de VIVILLE (*Thèse de Paris*, 1888).

I. — Les névrites ascendantes peuvent présenter l'aspect de la polynévrite ou d'une affection spinale, soit une forme mixte. Parmi celles qui intéressent secondairement les centres nerveux, il faut distinguer : 1° celles dans lesquelles l'altération des centres nerveux n'a d'autre rapport avec la névrite que le développement à la suite d'altérations des nerfs moteurs, sensitifs ou viscéraux, de foyers inflammatoires distribués au hasard et plus ou moins diffus occupant les méninges, les éléments nerveux ou leurs interstices; 2° celles très nombreuses où l'altération, passant des nerfs périphériques dans les centres nerveux, y affecte une certaine régularité, parfois telle qu'il peut en résulter une forme spinale systématisée. La névrite ascendante d'origine traumatique peut se produire sans solution de continuité; une distension, une contusion suffisent pour qu'elle se produise et se généralise, mais sa marche est parfois si lente et si latente au début qu'on peut facilement en ignorer la cause sans une enquête étiologique minutieuse. GEORGES THIBIERGE.

II. — Senator présente deux cas de polynévrite avec lésions vasculaires considérables.

1° Homme de 29 ans, début de tuberculose. Le malade éprouve une faiblesse insolite des membres inférieurs, qui sont inertes avec contracture du pied. Muscles des jambes atrophiés et flasques, sans réflexes cutanés ni rotuliens, douloureux à la pression. Sensibilité très émoussée, ainsi que l'excitabilité galvano-faradique. Mêmes symptômes aux membres supérieurs, mais à un degré moindre.

A l'autopsie, névrite parenchymateuse du médian, du sciatique, du radial. Myosite interstitielle très prononcée avec prolifération des noyaux musculaires sans qu'on y découvre la présence de bacilles tuberculeux.

2° Homme de 23 ans. Antécédents scrofuleux et rhumatismaux. Début récent de symptômes fébriles adynamiques. Les muscles des membres inférieurs sont flasques, douloureux à la pression; absence de réflexe rotulien; sensibilité émoussée, mêmes symptômes aux membres supérieurs, avec conservation de la sensibilité. Fièvre légère, avec tachycardie notable (150 pulsations). Diminution des réactions électriques. Le malade quitte l'hôpital au bout de trois mois, se sentant mieux.

III. — Le malade de Lilienfeld, un homme de 54 ans, outre les symptômes connus de la névrite multiple, présentait au niveau des jointures des poignets, des doigts et des genoux, un gonflement considérable, mais indolore des

épiphyses osseuses qui rendait presque impossibles les mouvements communiqués ; à la paume des mains, les tendons des fléchisseurs offraient des nodosités, et l'aponévrose palmaire était contracturée.

A l'heure actuelle, ces gonflements ont presque entièrement disparu, en même temps que les symptômes de la polynévrite.

Dans la paralysie saturnine, on a décrit des lésions analogues des os et des articulations. J. B.

IV.—Handford rapporte trois cas de névrite survenue au décours de la dothiénentérie, et caractérisée par l'engourdissement, l'amaigrissement et l'atrophie des muscles innervés par le nerf cubital. Les figures montrent la disparition des muscles de l'éminence thénar, ainsi que les troubles trophiques de la peau des doigts.

L'auteur en conclut que ce n'est pas le poison spécifique de la fièvre typhoïde qui explique une pareille localisation de la névrite. Pour lui il s'agit du résultat du décubitus des malades sur leurs coudes et de la compression du nerf cubital qui en résulte. Le mécanisme des altérations de nerf est d'autant plus facile à comprendre que les tissus ont de par la maladie une vitalité moindre. H. R.

V. — L'observation de Valdo est intéressante au point de vue de l'étiologie de la névrite. Il s'agit d'une servante de 21 ans, qui est prise d'accidents graves d'indigestion toxique après avoir mangé du saumon gâté ; cinq jours plus tard surviennent des convulsions épileptiformes, suivies de paralysie partielle du bras gauche et de parésie de deux membres inférieurs; suppression des réflexes tendineux et plantaires, altération de la vue due à une névrite optique. Guérison rapide. H. R.

VI. — Dans le premier cas d'Erlenmeyer, il s'agit d'une névrite aiguë infectieuse du nerf médian droit avec anidrose et transformation ichthyosique de l'épiderme à la paume de la main et à la face de flexion des doigts.

Dans le second cas, névrite récidivante infectieuse (?) du nerf médian gauche avec ichthyose diffuse de la face de flexion de la main et des doigts.

L'auteur insiste sur ces troubles trophiques et en tire des conséquences au point de vue de la genèse de l'ichthyose. PIERRE MARIE.

VII. — Despaigne s'élève contre l'unicité de la paralysie faciale dite à frigore. Il confirme la notion introduite par Neumann de l'importance de la prédisposition neuropathique pour expliquer la genèse de cette affection (*R. S. M.*, XXXIII, p. 120), l'arthritisme est également une cause prédisposante.

Despaigne admet également l'apparition de la paralysie faciale dans la période préataxique du tabes, et encore dans le cours du zona du cou ou à sa suite; elle se montrerait à l'occasion d'un certain nombre de maladies infectieuses. D'après l'auteur, la paralysie faciale périphérique pourrait s'observer dans l'hystérie. Il rejette toute valeur pronostique pour les troubles sensitifs qui accompagnent assez souvent la paralysie faciale. PIERRE MARIE.

VIII. — Il s'agissait dans le fait de Bernhardt d'un homme qui, tombant la tête la première d'une hauteur de 3 mètres, avait tendu les bras et les mains en avant pour amortir la chute; quelque temps après, il présentait une paralysie isolée des muscles innervés par le nerf sus-scapulaire droit ; l'auteur pense que par suite de l'adduction forcée de la clavicule déterminée par le mouvement de protection exécuté par le malade, il y a eu attrition de quelques racines du plexus contre les vertèbres cervicales. PIERRE MARIE.

IX. — Joachim publie un nouveau cas de paralysie périodique du moteur oculaire commun. Il s'agit d'une jeune fille de 27 ans qui, à l'âge de 11 ans,

eut pour la première fois des accès de migraine, accompagnés de vomissements. Ces accès se produisaient à intervalles plus ou moins rapprochés. A partir de 20 ans, ils se montrèrent plus souvent, toutes les trois à quatre semaines et avec une intensité plus grande. En 1885, pour la première fois, au cours d'un semblable accès, la malade s'aperçut que sa vue était indistincte. L'examen montra une paralysie du moteur oculaire commun du côté droit avec chute de la paupière et dilatation de la pupille. Les accès ont continué à se produire environ tous les deux mois. La paralysie du moteur oculaire commun durait huit à dix jours en moyenne. Dans l'intervalle des accès, il n'y avait rien d'anormal du côté de l'œil. A. MATHIEU.

X. — Chez le premier malade, cette affection survint pour être resté trop longtemps à genoux en travaillant de son métier de bitumier ; la paralysie n'atteignait que la jambe droite. L'auteur rapproche cette paralysie de quelques autres analogues dans certaines professions où les ouvriers se tiennent accroupis.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 22 ans qui, à l'âge de 12 ans, à la suite d'un traumatisme sur la tête, avait eu la jambe gauche paralysée, avec prédominance de la paralysie pour les mouvements du pied et des orteils. Ce n'est donc pas là une paralysie périphérique mais centrale, il n'y avait pas de troubles de la sensibilité.

Bernhardt, à l'occasion de ces faits, dit quelques mots d'autres variétés de paralysie du nerf sciatique poplité externe. PIERRE MARIE.

XI. — Stembo publie un cas d'hémiatrophie progressive du côté droit de la face.

Servante âgée de 18 ans, sans hérédité névropathique, ni antécédents traumatiques. Il y a deux ans, ont débuté ses règles ; à la même époque, on a remarqué que sa joue droite se décolorait puis brunissait et enfin s'affaissait ; la partie correspondante du front s'aplatissait en même temps.

État actuel. — Aplatissement considérable de la moitié droite du front et de la joue du même côté. Etroitesse de la fente palpébrale correspondante et rétraction du globe oculaire droit. Pigmentation brunâtre des téguments de la joue affaissée. Atrophie de la moitié droite des mâchoires, de la partie correspondante de la luette et des piliers du côté droit.

Sensibilité un peu accrue du côté malade. J. B.

XII. — Fille de 17 ans, sujette depuis 12 années à des accès d'asphyxie locale des doigts qui lui reviennent environ deux fois par jour. Elle présentait de plus une éruption spéciale de la face, consistant en un érythème diffus avec une abondante desquamation de lamelles croûteuses et brunâtres. Traitement arsenical et pommade à l'oxyde de zinc. Amélioration passagère mais rechute rapide. L'éruption devient uniforme et confluente, simulant un érysipèle. Simultanément symptômes de pneumonie à laquelle succombe la malade.

Autopsie négative au point de vue de la cause de l'asphyxie locale, les artères et les nerfs ainsi que les centres nerveux, sont trouvés sains.

H. R.

XIII. — Cette thèse a été faite sous l'inspiration de Lancereaux et un certain nombre des observations qu'elle contient ont été fournies par lui.

L'auteur pense qu'il ne faut pas attribuer toutes les gangrènes d'origine nerveuse à un simple spasme vasculaire, mais que les altérations des nerfs périphériques, la névrite, doivent jouer un grand rôle dans leur étiologie, et que d'ailleurs ces gangrènes peuvent se reconnaître cliniquement parce qu'elles s'accompagnent de phénomènes de névrite.

PIERRE MARIE.

On multiple neuritis, par Fr. TAYLOR (*Guy's hosp. Rep., XLV, p.* 287).

Mémoire basé sur 11 observations, les sept premières concernant des névrites alcooliques, la huitième imputable à la goutte, la neuvième liée probablement à un traitement arsenical; les deux dernières au froid et au rhumatisme.

Comme dans la plupart des faits signalés, la paralysie motrice prédominait aux extenseurs et aux interosseux, mais s'étendait plus ou moins à tous les autres muscles, y compris le diaphragme, en respectant toutefois ceux de la face. Toutefois l'un des malades de Taylor eut une parésie faciale passagère. Deux fois il y eut des symptômes de névrite du récurrent et du pneumogastrique cardiaque (pouls fréquent, tachycardie, tendance à la syncope, etc.); chez plusieurs malades également paralysie des réservoirs et incontinence d'urine. Presque tous présentèrent de l'anesthésie associée à des phénomènes douloureux, surtout à la pression, l'abolition des réflexes tendineux, enfin l'atrophie musculaire.

Le pronostic est variable : sur les 11 malades, 4 ont guéri, 2 sont morts; les autres ont peu gagné, tout en marchant plutôt vers la guérison.

H. R.

Die Meningitis cerebrospinalis epidemica in Hamburg, par F. WOLFF (*Soc. méd. de Hambourg, et Deutsche med. Woch., n°* 38, *p.* 771, 1888).

Wolff utilise pour son travail 180 cas relevés à l'hôpital général de Hambourg de 1879 à 1886. Il ressort de cette statistique que ce ne sont pas les rues les plus peuplées de la ville qui ont fourni le plus fort contingent; l'encombrement ne paraît donc pas être une cause prédisposante. Le miasme n'a certainement qu'une force de propagation restreinte; les cas restent toujours isolés sur un point, ils peuvent disparaître d'une rue pendant 3 ou 4 ans.

Quelques cas sont dus à un foyer unique, une école pour des enfants qui vont ensuite se faire soigner dans leur domicile; mais la maladie n'est pas propagée par eux, elle n'est donc pas contagieuse, le miasme est attaché au sol; il a même une grande ténacité, car il a infecté les enfants à des époques différentes.

Le printemps est la saison où le nombre des cas a été le plus considérable, puis vient l'hiver : en automne, ils ont été rares, en été presque nuls. Ceci met en lumière l'influence de l'humidité de l'air sur l'éclosion des germes. L'humidité qui débute en septembre et finit généralement en avril, prépare les cas qui se déclarent du mois de février au mois de juin. Il y a cependant des exceptions à cette règle : en 1885, le mois d'août ayant été fort humide, on a compté, en septembre, 49 cas, chiffre très élevé pour Hambourg.

Un cas unique de récidive mérite d'être mentionné; il s'agit d'un sujet atteint d'abord en 1880, puis en 1885.

Chez plusieurs sujets, la maladie a éclaté à la suite d'un ébranlement physique ou moral : une servante de 23 ans, par exemple, souffrant de malaise depuis quelques jours, fut terrifiée par l'explosion d'une lampe à pétrole et perdit connaissance; immédiatement la méningite commença.

En général, les prodrômes ont duré de 8 à 14 jours. La brusquerie du

début était une circonstance fâcheuse. L'herpès des lèvres a toujours été un signe favorable. On a noté souvent l'albuminurie et l'ischurie avec les symptômes médullaires ; un cas chronique, durant cinq mois.

Mortalité moyenne 41 0/0. L. GALLIARD.

Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie, par Paul BLOCQ (*Arch. de neurol.*, *n°s* 43 *et* 44, 1888).

Il s'agit d'une affection spéciale qui a été appelée incoordination motrice pour la station et pour la marche, par Charcot et Richer, ataxie motrice hystérique, par V. Mitchell, ataxie par défaut de coordination automatique, par Jaccoud. C'est un état morbide, dans lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire, et de la coordination des autres mouvements des membres inférieurs. Par cette définition même, on désigne la paralysie de synergies musculaires déterminées, c'est-à-dire de mouvements systématisés, comparable à ce qui se passe dans l'agraphie, par exemple. En effet, dans l'astasie, l'impuissance motrice ne tient pas à une paralysie des mouvements généraux, puisque le malade exécute, à l'aide des membres inférieurs, avec la plus grande précision, des actes divers et peut même sauter, dans quelques cas, ou marcher à quatre pattes, mais il a perdu le souvenir des mouvements spécialisés nécessaires pour se tenir debout (astasie) et pour marcher (abasie).

Les observations réunies par Blocq sont au nombre de onze. Dans les quatre premières, la fonction est complètement abolie ; dans la cinquième elle n'est qu'affaiblie; dans les cinq suivantes elle n'est que troublée; enfin dans la dernière, l'astasie et l'abasie n'interviennent qu'à titre de complication ; mais, dans tous les cas, le trouble fonctionnel est toujours le même, parfaitement original, et différent à tous égards des divers troubles de coordination jusqu'ici décrits et catégorisés.

Dans la plupart des cas, le début est assez brusque; à la suite d'une émotion vive ou d'un léger traumatisme, le trouble s'établit soit d'emblée, soit progressivement en l'espace de 24 heures. Le désordre porte exclusivement sur les actes associés de la station debout et de la marche, tandis que quand le malade est assis ou couché on n'observe rien d'anormal : conservation de la puissance dynamométrique, intégrité de la conscience musculaire, pas de tremblement, enfin le malade exécute avec force et précision tous les mouvements qu'on lui ordonne. Au contraire, quand on commande au malade de se tenir debout ou de marcher, ses jambes fléchissent comme si elles étaient de coton, mais d'autres modes de progression peuvent persister, comme le saut, l'acte de grimper, la marche à cloche-pied, la marche à quatre pattes.

Selon Blocq, on peut imaginer que dans les phénomènes d'astasie et d'abasie, il s'agit d'une influence d'arrêt portant son action soit sur le centre cortical de la station ou de la marche — cas dans lequel l'impulsion initiale fera défaut, — soit sur le centre spinal, — et alors l'ordre donné ne sera pas exécuté. Il en résulte que la station et la marche seront tantôt impossibles, tantôt difficiles seulement, ou désordonnées, selon l'intensité même de l'action d'inhibition. L'affection en question est donc d'ordre dynamique, et les observations citées prouvent qu'elle peut

se trouver associée aux stigmates hystériques vulgaires, ou alterner avec divers symptômes du même ordre. DESCOURTIS.

Étude clinique de la paralysie agitante (attaques vertigineuses apoplectiformes et épileptiformes), par A. MARTHA (*Thèse de Paris*, 1888).

Étude d'ensemble des symptômes et de la marche de la paralysie agitante ; l'auteur étudie d'une façon toute spéciale les attaques vertigineuses, apoplectiformes et épileptiformes qui se montrent au cours de celle-ci ; ces phénomènes n'avaient pour ainsi dire pas été signalés jusqu'ici, ou du moins n'avaient pas suffisamment appelé l'attention des médecins qui les avaient observés. Dans plusieurs cas où la température a pu être soigneusement suivie on ne l'a pas vue s'élever dans les attaques apoplectiformes ; contrairement à ce qui a lieu dans celles de la sclérose en plaques. Ces attaques devraient être rapprochées de certains phénomènes décrits par Ball dans la paralysie agitante, tels que congestion céphalique, démence, aphasie. La pathogénie de ces attaques s'expliquerait par une ischémie transitoire fonctionnelle due à une crampe des vaisseaux de l'encéphale. Elles peuvent se montrer à toutes les périodes de la paralysie agitante et en marquer soit le début, soit la terminaison ; en général cependant leur pronostic n'est pas des plus graves. PIERRE MARIE.

I. — Les agents provocateurs de l'hystérie, par Georges GUINON (*Thèse de Paris*, 1889).

II. — Contribution à l'étude de la fièvre hystérique, par Henri FABRE (*Thèse de Paris*, 1889).

III. — Hémispasme glossolabié des hystériques, par R. BELIN (*Thèse de Paris*, 1888).

IV. — Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants, par Hélène GOLDSPIEGEL (*Thèse de Paris*, 1888).

V. — De l'apoplexie hystérique dans la syphilis, par Hipp. ROUBY (*Thèse de Paris*, 1889).

VI. — Ueber Spätsymptome traumatischer Neurosen, par Moritz BENEDIKT (*Berl. kl. Woch.*, p. 1041, 24 *décembre* 1888).

VII. — Recherches sur l'anesthésie hystérique, par A. BINET (*Compt. rendus de l'Acad. des sciences*, 17 *décembre* 1888).

I. — Le travail de Guinon a été fait à la Salpêtrière sous l'inspiration de Charcot. Il est divisé en deux parties. La première est exclusivement consacrée au côté clinique de la question. Georges Guinon établit que l'hystérie est chez les malades, tantôt provoquée, tantôt rappelée ou réveillée par un certain nombre d'agents étiologiques, parmi les quels il étudie tous ceux qui sont aujourd'hui connus, émotions morales, tentatives d'hypnotisation, choc nerveux, traumatisme, choc de la foudre, tremblement de terre, maladies aiguës, affections chroniques ou affaiblissantes, onanisme et excès vénériens, hémorragies, chlorose, maladies du système nerveux et de l'appareil génital, enfin intoxications. Il existe réellement entre ces deux états morbides et l'hystérie qui les suit un rapport de cause à effet.

La seconde partie est consacrée plus particulièrement à la discussion des quelques points de pathologie générale que soulève cette question des agents provocateurs de l'hystérie. L'auteur établit que l'affection développée sous l'influence provocatrice des causes qu'il a précédemment énumérées est bien réellement l'hystérie. Mais il prend soin de montrer qu'il n'y a pas que l'hystérie qui puisse être provoquée par ces agents, d'autres affections sont produites par eux, isolées ou combinées avec l'hystérie, constituant ces cas complexes décrits à tort sous le nom de névroses traumatiques, toxiques, etc. Ces causes provocatrices se retrouvent avec le même caractère vulgaire de causes occasionnelles dans toute la pathologie générale. Seulement elles peuvent imprimer un certain cachet à l'hystérie ainsi provoquée. Par exemple un saturnin hystérique peut être atteint d'une paralysie hystérique qui empruntera l'aspect grossier de la paralysie saturnine des extenseurs, mais tout en gardant les signes caractéristiques de la paralysie hystérique qui la feront facilement rapporter à sa véritable origine. L'hystérie developpée sous l'influence de ces causes provocatrices, se produit tantôt immédiatement, tantôt longtemps après l'action de l'agent provocateur. Ce fait est remarquable en ce qui concerne le traumatisme où l'auteur cite des exemples d'hystéro-traumatisme survenu des années après la production de l'accident provocateur. Enfin, étudiant la pathogénie de ces diverses causes de l'hystérie, Guinon montre que la plupart du temps la névrose se développe par suite de phénomènes d'auto-suggestion survenant chez le malade, hors de sa volonté pour ainsi dire.

PIERRE MARIE.

II. — L'hyperthermie (39°, 40°, 41°), d'origine hystérique, peut s'accompagner de troubles fonctionnels du côté de différents organes, d'où la simulation possible de différentes maladies : fièvre intermittente, fièvre typhoïde, méningite ; quand ce trouble fonctionnel consiste en une forte dyspnée, on est exposé à croire qu'il s'agit d'une maladie grave du poumon. — Quelques observations inédites.

III. — Belin a eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière plusieurs malades chez les lesquels le syndrome hémispasme glosso-labié existait soit isolé, soit lié à une hémiplégie hystérique. Il décrit ce syndrome avec soin, et en donne plusieurs observations ; il reproduit aussi deux dessins de P. Richer. C'est actuellement le travail le plus complet sur cette question.

IV. — Dans cette thèse, l'auteur arrive à cette conclusion que l'hystérie infantile peut présenter absolument le même aspect que celle des adultes, mais qu'elle est beaucoup moins grave et guérit presque certainement si on emploie assez tôt le traitement par l'isolement.

Suivent dix observations dont la plupart personnelles.

V. — L'auteur après avoir exposé l'état actuel de la question « intoxication et hystérie », passe aux rapports de l'hystérie avec la syphilis. Il montre que chez les syphilitiques l'hystérie s'observe fréquemment, et qu'elle revêt alors le plus souvent la forme apoplectique. — Le diagnostic, souvent difficile à première vue, de l'apoplexie hystérique avec l'apoplexie syphilitique, est traité avec soin. PIERRE MARIE.

VI. — Employé des postes, victime en octobre 1886, d'une collision de trains. Sur le moment même il éprouve un violent tremblement, de la céphalalgie,

des étourdissements et des vomissements. Néanmoins il rentre à pied chez lui, et trois jours plus tard il reprend son service. Mais dans les mois suivants, il doit s'aliter, atteint de vomissements, de maux de tête et d'étourdissements de plus en plus fréquents. A partir de mai 1887, la marche devient très pénible, et il existe par instants de la diplopie.

Le 19 janvier 1888, le malade offre l'état suivant : céphalée violente et continue avec lourdeur de tête, perte de la mémoire et faiblesse de la vue; pas de daltonisme, mais inflammation de la papille du nerf optique. Parole embarrassée, malgré l'intégrité de la motilité linguale. Démarche d'ataxique avec parésie des membres inférieurs; exagération des réflexes rotuliens et pupillaires. Les membres gauches sont plus atteints que les droits; le membre supérieur gauche offre en outre, dans les mouvements volontaires, le tremblement de la paralysie agitante. Quand cet homme parle, ses muscles faciaux gauches se contractent insuffisamment. Crises gastriques avec vomissements. Légère anesthésie de la moitié gauche de la face et du corps; sensation de froid intense dans le membre inférieur gauche. Sensibilité à la percussion de la moitié gauche du crâne. Constipation. Excrétion urinaire normale. Lorsque le malade ferme les yeux, il tombe du côté gauche.

En résumé, on a ici les symptômes simultanés d'une péri-encéphalite diffuse, d'une hémiplégie gauche, d'une paralysie agitante hémilatérale, d'une paraplégie, d'une ataxie bilatérale et d'une ataxie hémilatérale, c'est-à-dire tous les phénomènes d'une névrite intéressant les districts les plus divers du système nerveux central.

Galvanisation de la tête, des sympathiques et du rachis; nitrate d'argent et iodure de sodium à l'intérieur. Après six semaines de ce traitement, on constatait déjà un peu d'amélioration.

En novembre dernier, la paralysie avait disparu, tandis que l'hémiparésie et l'ataxie bilatérale étaient notablement moindres. Mais il persistait la tendance à tomber à gauche, la paralysie agitante, la céphalalgie et la faiblesse de la mémoire. Le gonflement de la papille a rétrocédé, mais les veines sont encore dilatées et les artères sont grêles.

Un des symptômes les plus caractéristiques et les plus graves des névroses traumatiques, résultant de chocs, consiste dans la rachialgie qui tient évidemment à la contusion des disques intervertébraux et aux tiraillements subis par l'appareil ligamenteux. Contre cette rachialgie, Benedickt préconise le traitement suivant : application de pointes de feu dont on entretient la suppuration à l'aide de pommade au garou; injections sous-cutanées d'acide phénique à 2 0/0, à proximité des régions les plus douloureuses; iode intus et extra (en suppositoires par exemple); galvanisation locale et surtout faradisation locale. J. B.

VII. — L'excitation d'une région anesthésique, quoique n'étant pas perçue par le sujet, sous la forme d'une sensation tactile ou musculaire, détermine la formation d'une image visuelle de la région excitée. Ainsi, la piqûre de la région anesthésiée détermine l'apparition, dans le champ visuel, d'un point sombre ou éclairé (selon les sujets); l'excitation, avec le compas, de la peau insensible, provoque, selon l'écart des deux pointes de compas et selon la région explorée, tantôt deux points, tantôt un seul point dans le champ visuel; et, en mesurant par cette méthode esthésiométrique indirecte, la sensibilité d'une région soi-disant anesthésique, on la trouve généralement normale. Du reste, lorsque deux piqûres sont faites simultanément à la peau insensible, les deux points visuels, projetés sur un écran apparaissent séparés exactement par la même distance que les deux piqûres, à condition que cette distance ne dépasse

pas deux ou trois centimètres. Lorsqu'on trace des lignes sur la région insensible, des lignes apparaissent dans le champ visuel, etc., etc.

M. DUVAL.

I. — Etiologie de la chorée, par HERRINGHAM (*Brit. med. journ., p.* 75, *janvier* 1889).

II. — *Idem*, **par GARROD** (*Ibid.*)

III. — Chorea as a cause rather then a resultt of endocarditis, par W. HERRINGHAM (*St Barth. Hosp. Rep., XXIV p.* 55).

I. — Herringham relève les antécédents étiologiques de 80 cas de chorée. Dans ce nombre il trouve 19 rhumatismes aigus et 15 rhumatismes chroniques (39 cas d'arthritisme). 6 fois il y eut une émotion vive au début des accidents : 20 fois du surmenage intellectuel : 25 fois aucune cause déterminée. Les conclusions sont éclectiques : tout en croyant à l'origine rhumatismale très fréquente, il admet l'influence des causes morales, et croit que la chorée produit des affections cardiaques passagères et permanentes.

II. — Garrod présente également une statistique personnelle de 80 cas; 45 0/0 relèvent du rhumatisme : encore ne compte-t-il pas parmi eux beaucoup d'individus affectés auparavant des équivalents du rhumatisme (érythèmes noueux, endocardites, péricardites, douleurs dites de croissance, etc.) Les bruits du cœur sont altérés dans 56 0/0 des cas de chorée : résultats conformes à ceux de Roger en France. H. R.

III. — Herringham reprend l'étude des rapports réciproques de la chorée et de l'endocardite.

Il commence par établir que la présence des souffles cardiaques chez les choréiques est fréquente mais nullement constante : les résultats d'autopsie montrent la concomitance habituelle de végétations endocardiques, mais il y a des cas où le cœur est sain. Cette endocardite est presque toujours récente et peu prononcée, de sorte qu'il est peu vraisemblable qu'elle ait donné lieu à la chorée par le mécanisme de petites embolies capillaires : c'est, ou une coïncidence, ou la conséquence du rhumatisme dont la chorée est l'expression. D'ailleurs, il y a des cas où la chorée préexiste certainement à l'endocardite, l'auteur en cite une dizaine. Enfin les expériences d'embolies capillaires d'Angel Money, destinées à reproduire artificiellement la chorée, n'en donnent nullement le tableau clinique. L'auteur conclut donc que la chorée est plutôt la cause que la conséquence de l'endocardite, doctrine toujours enseignée en France par Roger. H. R.

I. — Rheumatism and cardiac affections, par W. CHURCH (*St Barth. hosp. Rep. XXIII, p.* 269).

II. — Sur un signe prémonitoire de l'endocardite dans le rhumatisme, par DUCLOS (*Revue gén. de clin. et thérap.*, 17 *janvier* 1889).

III. — Cardiac diseases in the negro race, par KINTZING (*New-York med. J., p.* 713, 29 *décembre* 1888).

IV. — A case of acute ulcerative endocarditis... (Endocardite aiguë du cœur droit), par J. TRUMBULL (*New-York med. Record, p.* 90, *janvier* 1889).

V. — Endocardite des valvules de l'artère pulmonaire, par C. HISCHMANN (*France médicale, n°* 63, *mai* 1889).

VI. — Tricuspid stenosis, par J. TRACHER (*New York med. Record, p.* 189, *février* 1889).

VII. — Ueber eine seltene Anomalie der Pulmonalklappen (Anomalie des valvules pulmonaires), par R. STINTZING (*Deut. Arch. J. Klin. Med.* XLIV, *p.*149).

VIII. — The causation of mitral diastolic murmurs, par Humphrey ROLLESTON (*St Barth. hosp. Rep., XXIV, p.* 196).

IX. — Sur la théorie du bruit de galop dans l'hypertrophie cardiaque d'origine rénale, par L. BOUVERET et E. CHABALIER (*Lyon médical*, 17 *février* 1889).

X. — A peculiar substance found in the heart and aorta, par Burt MAYCOCK (*New-York med. Rec., p.* 703, 15 *décembre* 1888).

XI. — Gummœ in the heart muscle (Gommes du cœur), par LOOMIS (*Ibidem, p.* 106, 26 *janvier* 1889).

XII. — Ein Fall von primärem Sarcom des Herzens, par HENNIG (*Soc. méd. de Hambourg*, 10 *juillet* 1888).

XIII. — Zur Kenntniss der spontanen Herzruptur, par G. MEYER (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XLIII, p.* 379).

I. — Mémoire basé sur l'analyse de 700 cas de rhumatisme aigu. Church est arrivé aux chiffres suivants :

Age.	Nombre des cas.	Lésions cardiaques.	Proportion 0/0
Au-dessous de 10 ans.....	25 cas.	20	80
— de 20 ans.....	244 —	170	69
— de 30 ans.....	241 —	124	52
— de 40 ans.....	115 —	35	30
— de 50 ans.....	41 —	9	21
Au-dessus de 50 ans.....	17 —	7	41
Age non mentionné.......	10 —	6	60
	693 —	371	53

Il ressort de ce tableau que le rhumatisme a son maximum de fréquence entre 10 et 30 ans, et qu'il se complique d'autant plus d'affection cardiaque que le sujet est plus jeune.

Un second tableau montre que la proportion de cardiopathies s'élève à mesure que se multiplient les attaques de rhumatisme : elle est de 57 0/0 après la première, de 75 0/0 après la seconde. Mais, presque toujours, l'endocardite se déclare pendant la première attaque (dans le quart des cas).

L'endocardite est incomparablement plus fréquente que la péricardite (66 0/0 pour la première de ces affections, contre 13 0/0 pour la seconde).

L'aptitude aux manifestations cardiaques diminue beaucoup avec l'âge.

En comparant ces chiffres avec les statistiques anciennes, Church arrive à cette conclusion, que l'endocardite est aussi fréquente que du temps de Bouillaud, mais que, par contre, la péricardite a notablement diminué.

La durée totale des crises de rhumatisme est également moindre depuis le salicylate de soude, mais pas de beaucoup, six à huit jours de moins en moyenne.

Les complications pulmonaires sont également moins fréquentes qu'autrefois. H. R.

II. — Duclos appelle l'attention sur un symptôme qui, à plusieurs reprises, lui a permis de signaler, avant toute apparition de bruit de souffle appréciable, l'imminence d'une endocardite. C'est le retard de la pulsation radiale (1/3, 1/4 de seconde) sur la contraction ventriculaire ; ce dyschronisme lui a permis de prévoir vingt-quatre heures à l'avance l'inflammation de l'endocarde et d'en prévenir ou atténuer les effets par un traitement immédiat (grand vésicatoire volant, ventouses, etc.). A. C.

III. — Sur 100 sujets traités à la clinique de Baltimore, pour des affections cardiaques, il y a plus de 50 nègres. Les désordres cardiaques sont très fréquents dans la race nègre, souvent accompagnés de manifestations nerveuses, d'hystérie ; on peut les attribuer à l'hérédité, à la précocité du mariage, à la multiplicité des grossesses, à la prolongation exagérée de l'allaitement (il n'est pas rare de le voir continué jusqu'à une période avancée de la prochaine grossesse), à l'abus du thé, du tabac, de l'alcool, aux excès alimentaires.

Les statistiques montrent que pour un blanc atteint de maladie de cœur, il y a trois nègres. Les nègres sont donc trois fois plus exposés que les blancs aux troubles cardiaques, surtout aux affections mitrales.

L. GALLIARD.

IV. — Le malade de Trumbull est un homme de 28 ans. Début, huit jours auparavant, par des accidents fébriles d'apparence typhoïde. Diarrhée, perte d'appétit, augmentation du foie et de la rate, sans taches rosées, albuminurie. Le cœur semble normal. Bientôt cyanose et dyspnée, faiblesse respiratoire aux deux bases : finalement œdème des jambes, purpura, teinte ictérique, adynamie et mort.

A l'autopsie, foyers purulents disséminés à la base des poumons surtout à gauche. Le cœur gauche est normal. Le cœur droit est atteint d'endocardite végétante. Sur la valvule tricuspide se voient deux végétations polypiformes flottant dans l'oreillette ; il existe également une ulcération valvulaire limitée à la tricuspide. Pas d'infarctus viscéraux ailleurs que dans les poumons. DUFLOCQ.

V. — Homme de 52 ans, entré dans le service de Siredey pour des troubles cardiaques remontant à deux mois.

Cyanose et signes d'emphysème pulmonaire. Bruits du cœur sourds sans souffle. Amélioration par le régime lacté et le repos, quand brusquement éclate une dyspnée violente avec cyanose, râles nombreux pulmonaires, hémoptysie, finalement mort subite par syncope.

A l'autopsie, on trouve un caillot bloquant l'artère pulmonaire droite dans son tronc principal et dans ses branches, fibrineux, jaunâtre, à couches concentriques ; caillots cruoriques récents dans l'infundibulum.

Cœur gauche intact, sauf de l'hypertrophie ventriculaire. Les lésions siègent au cœur droit, à l'orifice pulmonaire. Sigmoïdes déchiquetées et ulcérées, présentant sur leur surface des végétations verruqueuses, point de départ évident des embolies et des thromboses de l'artère pulmonaire.

Infarctus concomitants dans le rein, le foie et la rate. E. DESCHAMPS.

VI. — Chez une femme de 29 ans anciennement atteinte de la scarlatine, signes d'affection cardiaque grave : œdème, ascite, cyanose et albuminurie. Arythmie cardiaque permettant cependant d'entendre un bruit de souffle présystolique suivi de souffle systolique. A l'autopsie, on trouve à la fois un rétrécissement mitral, tricuspidien et aortique laissant à peine passer un doigt. Infarctus rénaux. DUFLOCQ.

VII. — Une femme de 64 ans présentait un souffle diastolique au niveau du bord gauche du sternum, à la hauteur du second espace intercostal et de la troisième côte. A l'autopsie, on ne trouva que deux valves à la valvule sigmoïde de l'artère pulmonaire. La valve moyenne était absente. A sa place, on ne trouvait qu'une petite crête saillante, marquée seulement dans les deux tiers antérieurs de la ligne d'insertion normale de la valve absente.

Le ventricule droit était considérablement hypertrophié. Les deux autres valvules semi-lunaires étaient normales. S'agissait-il d'une lésion morbide ou d'une anomalie congénitale ?

Cette dernière supposition semble plus vraisemblable. Il n'y avait pas trace d'endocardite, mais seulement une sorte de repli de l'endocarde, représentant en quelque sorte une valvule avortée. La vie a cependant pu se maintenir jusqu'à 64 ans, parce que ce n'est que tardivement que la dilatation de l'orifice de l'artère pulmonaire a amené une insuffisance de l'appareil valvulaire. A. MATHIEU.

VIII. — La théorie de Rolleston, pour expliquer le souffle diastolique mitral, peut se résumer ainsi :

Tandis que le souffle présystolique est dû à la vis à tergo de la contraction de l'oreillette, les souffles du début et de la moitié de la diastole (qui coïncident souvent cliniquement avec les bruits présystoliques) résultent de la vis à fronte due à l'expansion du ventricule gauche, lequel exerce une sorte d'aspiration sur la colonne sanguine. H. R.

IX. — Bouveret et Chabalier discutent dans ce travail les théories proposées pour l'interprétation du bruit de galop dans la néphrite interstitielle et publient une observation détaillée avec tracés cardiographiques démontrant d'une façon très nette que le choc surajouté dans le galop néphritique est un phénomène systolique et non diastolique, et qu'il est produit par la contraction elle-même du ventricule et non par la présystole ou par la tension brusque des parois ventriculaires. A. C.

X. — Il s'agit d'une femme de 82 ans, ayant eu depuis deux ans, plusieurs attaques d'apoplexie. Le cœur est gros et dilaté ; il existe un léger souffle systolique à la pointe, le claquement aortique est sourd.

A l'autopsie, cœur dilaté, les colonnes charnues de la face postérieure du ventricule gauche n'existent plus, et on trouve une surface déchiquetée. La valvule mitrale est suffisante. De la partie inférieure du ventricule se détache un corps membraneux, mince et lisse, qui traverse l'orifice mitral, s'épanouit au-dessus, puis s'amincit pour traverser les valvules de l'aorte qui sont suffisantes ; à ce niveau s'insère une masse cylindrique fibreuse, dure et lisse, d'un pouce et demi de long et d'un quart de pouce de diamètre. L'auteur croit que l'aphasie tenait à des embolies parties de ce corps. Il ne se prononce pas sur la nature de la production : colonne charnue rompue — caillot fibrineux, ou lésion congénitale ? DUFLOCQ.

XI. — A l'autopsie d'une fille morte à 20 ans, de pneumonie, on trouve dans le cœur deux tumeurs intra-musculaires siégeant dans la cloison du ventricule gauche, l'un près de l'orifice aortique, l'autre près de la pointe. Le microscope montre le centre de chaque tumeur en nécrose de coagulation ; la périphérie est formée de petites cellules rondes ; qui s'infiltrent entre les fibres musculaires voisines. D'après Prudden, il s'agit d'une gomme.

P. DUFLOCQ.

XII. — Fille de 18 ans, bien portante jusqu'au 7 février, souffrant d'inappétence, de dyspnée, enfin de toux avec expectoration sanguinolente. Le 1er mars, cyanose, pouls petit, irrégulier ; apoplexie pulmonaire à droite, épanchement péricardique. Ponction du péricarde dans le 5e espace, fournit 300 grammes de sérosité sanguinolente. Amélioration durant 8 jours.

Le 9 mars, seconde ponction, fournissant un litre; diurèse abondante sous l'influence de la digitale.

Le 20 mars, 3e ponction : 800 grammes; le 25, ponction de 750 grammes; mort le 29 mars.

Autopsie. Le péricarde, extraordinairement distendu, remplit toute la moitié gauche du thorax, comprimant le poumon gauche, et contient un litre 1/2 de sérosité. La séreuse n'est pas épaissie et ne présente que quelques coagulations fibrineuses.

La paroi antérieure de l'oreillette droite présente une tumeur grosse comme une noix; c'est un sarcome fuso-cellulaire. On ne trouve pas dans le poumon droit l'infarctus diagnostiqué pendant la vie. L. GALLIARD.

XIII. — G. Meyer rapporte deux cas de rupture spontanée du cœur.

Dans le premier, le diagnostic anatomo-pathologique a été ainsi formulé : rupture spontanée du cœur au niveau de la pointe du ventricule gauche. Sclérose des artères coronaires avec foyers d'oblitération par thrombose du rameau descendant de l'artère coronaire droite. Dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque au voisinage de la rupture.

Endocardite fibreuse chronique des valvules aortiques avec sténose marquée et insuffisance. Hypertrophie et dilatation du cœur.

Dans le second : rupture incomplète du ventricule gauche, aux dépens de la paroi d'un anévrisme chronique du cœur. Thrombose oblitérante de l'artère coronaire gauche. Dégénérescence graisseuse du myocarde limitée au voisinage de la rupture.

A ces deux observations, Meyer ajoute le résumé de 7 autres cas consignés dans les archives de l'Institut pathologique de Munich.

Suit une étude générale sur la rupture du cœur et son mécanisme par lésions d'endartérite et de sclérose des coronaires. Aucun point nouveau n'est signalé dans cette revue. A. MATHIEU.

I. — Aortic aneurism rupturing into the vena cava superior, par ARKLE et BRADFORD (*Brit. med. J., p.* 1387, *décembre* 1888).

II. — Geheilte Ruptur der Aorta (Rupture aortique guérie), par FRÆNKEL (*Soc. méd. de Hambourg*, 10 *juillet* 1888).

I. — Homme de 61 ans présentant les symptômes suivants : Cyanose de la face, œdème du cou, de la face, du bras droit, de la poitrine; pas d'œdème du tronc ni des membres inférieurs. Dilatation des veines sous-cutanées. Pulsations aortiques aux deuxième et troisième espaces droits : thrill systolique et diastolique à ce niveau. Mort subite. A l'autopsie, anévrisme de la portion ascendante et transverse de la crosse aortique communiquant avec la veine cave supérieure. La rupture s'était faite dix jours avant la mort; le malade avait éprouvé une vive douleur au cou et était devenu, séance tenante, cyanique. (Voir faits analogues dans les Pathol. soc. transactions, vol. XIX, XXXVI et XXXVIII.) H. R.

II. — A l'autopsie d'un sujet de 71 ans, mort de fracture de cuisse, l'auteur constate, à l'union de l'aorte ascendante avec la crosse, une cicatrice fournie exclusivement par la tunique interne et comblant une déchirure produite dans l'épaisseur de la tunique moyenne. Pas d'anévrisme. La rupture est certainement d'ancienne date. L. GALLIARD.

Essai sur le rétrécissement tricuspudien, par R. LEUDET (*Thèse de Paris déc.* 1888).

Leudet a réuni 117 observations de rétrécissement tricuspidien, presque toujours vérifié par l'autopsie. Cette lésion, considérée comme rare parce qu'on néglige de rechercher sa présence, peut être congénitale

(vice de conformation ou endocardite amenant une adhérence des bords valvulaires, coexistant souvent avec des perforations de la cloison ou avec le rétrécissement de l'artère pulmonaire et se traduisant par les symptômes ordinaires de la cyanose) ou acquise : dans ce dernier cas, elle est ordinairement due au rhumatisme, se montre surtout chez la femme, est produite par l'adhérence et la soudure des valves, ou par la sténose proprement dite de l'orifice, ou par des polypes et des végétations obstruant l'orifice; elle coïncide presque toujours avec un rétrécissement mitral plus accusé que le rétrécissement tricuspidien, mais peut être isolée. Elle se traduit par les symptômes généraux des affections cardiaques, s'accompagne souvent de purpura, produit un thrill et un souffle présystolique dans la région tricuspidienne et ne s'accompagne le plus souvent pas de pouls veineux des jugulaires ; ces signes permettent parfois de la reconnaître pendant la vie lorsqu'elle est isolée.

GEORGES THIBIERGE.

Rupture spontanée du cœur, survenue pendant le sommeil. Lésions des artères coronaires, par A. MOSSÉ (*Gaz. hebd. Montpellier n°* 11, 1889).

Rupture du cœur survenue spontanément pendant le sommeil, chez une femme de 64 ans, atteinte d'artério-sclérose généralisée, avec altération très marquée des artères coronaires.

La rupture siège sur le ventricule gauche très hypertrophié, mais paraissant à l'œil nu atteint de dégénerescence graisseuse. Comme on l'avait admis, d'après les lésions généralisées du système cardio-vasculaire, l'examen histologique du cœur fait constater l'existence d'une dégénérescence du myocarde coexistant avec une myocardite interstitielle.

L'existence d'une rupture spontanée du cœur, survenant en dehors de tout effort musculaire, est un fait rare. Dans ce cas, ce qui arrive souvent (V. Odriozola, *R. S. M.*, XXXII, 763) la rupture paraît avoir été facilitée par la lésion des artères coronaires. D'après l'étude de la pièce anatomique, Mossé est amené à penser que la rupture du cœur a été directement consécutive à la rupture de l'artère coronaire antérieure. A. C.

Ueber die Aetiologie der Pneumonie, par Pio FOA (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 2, *p.* 21, 1889).

L'auteur a recherché le diplococcus pneumoniæ dans les crachats, dans les exsudats pulmonaires obtenus pendant la vie au moyen de l'aspiration, dans les poumons hépatisés des sujets autopsiés quelques heures après la mort.

Dans un grand nombre de cas les cocci étaient animés de mouvements et toujours la capsule était visible. Dans tous les cas à évolution rapide, on trouvait presque exclusivement le monococcus lanceolatus capsulatus, les diplococci étaient rares. Quelquefois on voyait une sorte de bacille à extrémité effilée, isolé ou associé dans une même capsule avec un coccus ovalaire ; l'auteur n'a réussi à les colorer que dans l'eau.

Le coccus lanceolatus s'est développé rapidement dans le bouillon qu'il troublait vite et sur l'agar-agar, moins vite dans le sérum; la culture ne réussissait ni sur la pomme de terre ni dans la gélatine. Il se distingue donc du meningococcus qui ne se développe que lentement dans l'agar, trouble à peine le bouillon, peut être cultivé sur la pomme de terre et dans la gélatine à 24 degrés.

Le coccus lanceolatus a toujours été pathogène pour les souris, souvent pour les cobayes, presque constamment pour les lapins. Même dans les cas où sa virulence était suffisante pour tuer les lapins en 2 ou 3 jours (après injection sous-cutanée) il ne déterminait cependant jamais le gonflement de la rate ni les thromboses fibrineuses des reins; injecté dans le péritoine, il produisait la péritonite séro-fibrineuse mais jamais l'inflammation de plusieurs séreuses à la fois. Le sang ou l'exsudat péritonéal du lapin intoxiqué provoquait rapidement la péritonite quand on l'injectait dans l'abdomen du cobaye; mais injecté sous la peau du cobaye il produisait l'œdème local et la septicémie.

Le lapin tué par les humeurs d'un premier lapin intoxiqué présentait une rate volumineuse avec de nombreux cocci et une sérosité péricardique trouble; le sang contenait également des cocci.

La virulence du meningococcus est plus grande que celle du coccus lanceolatus. C'est encore là un caractère différentiel des deux microbes; il ne faut donc pas les identifier comme l'ont fait quelques auteurs.

Depuis plusieurs mois l'auteur ne trouve plus à Turin le meningococcus; cela tient probablement à la bénignité des pneumonies observées dans cette ville, à l'absence de cas graves. Le coccus lanceolatus appartient aux cas bénins ou du moins d'intensité moyenne. Dans la série qui a servi aux recherches de l'auteur, il n'y a pas une seule pneumonie compliquée de méningite. L. GALLIARD.

Sur la tuméfaction parotidienne dans la grippe, par FIESSINGER (*Gaz. médic. de Paris*, 30 *mars* 1889).

Fiessinger rapporte six observations de grippe, dans lesquelles il a constaté une tuméfaction de la région parotidienne avec vives douleurs.

Cette tuméfaction siégeait en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur; plus ou moins marquée, elle s'est produite le plus souvent au début, assez rarement au cours de la maladie, et a disparu par résolution dans un laps de temps variant de trois à sept jours; aucune lésion buccale n'existant, on ne pouvait songer à un engorgement ganglionnaire dont le siège d'ailleurs est différent; et comme, d'autre part, il n'y avait pas d'épidémie d'oreillons dans la région, l'auteur attribue cette tuméfaction parotidienne à une infection générale, peut-être à une sorte de décharge bacillaire sur la parotide. OZENNE.

I. — Sur le pneumothorax suffocant, pathogénie, traitement, par L. BOUVERET (*Lyon méd.*, 30 *décembre* 1888).

II. — Recurrent pneumothorax, par Samuel WEST (*Brit. med. J.*, *p.* 69, *janvier* 1889).

I. — Bouveret donne le nom de pneumothorax suffocant à cette variété de pneumothorax par perforation du poumon, dite à soupape. Dans cette forme, la dyspnée augmente rapidement, la compression gazeuse porte sur le cœur, les gros vaisseaux, par abaissement du diaphragme et refoulement de la cloison médiastine; l'asphyxie survient rapidement. La compression ne peut atteindre un tel degré que si l'épanchement gazeux a une tension supérieure à la tension atmosphérique. C'est en effet ce qui existe. L'air pénètre dans la plèvre par la déchi-

rure, surtout au moment de l'expiration, dans les quintes de toux. Si dans les moments d'inspiration, le passage entre la cavité pleurale et le poumon reste largement ouvert, l'équilibre se maintient et la compression ne dépasse pas un certain degré. Que la fistule soit au contraire ouverte dans l'expiration, et fermée, au contraire, pendant l'inspiration par une membrane, un lambeau formant valvule, la tension augmente à chaque mouvement respiratoire, et l'asphyxie mécanique survient rapidement et sans arrêt. C'est ce mécanisme qui rend redoutable la variété de pneumothorax suffocant.

Pour remédier à cet excès de tension, Bouveret propose d'établir une fistule thoracique externe. La simple ponction ne peut en effet remédier que pour quelques minutes aux accidents. L'air pouvant, au contraire, s'échapper hors de la cavité pleurale, on peut attendre le moment où la fistule pleuro-pulmonaire sera cicatrisée. Cette fistule thoracique est pratiquée avec un fin trocart de 3 millimètres, maintenu en place par une ceinture élastique et recouvert d'un pansement antiseptique. A. C.

II. — Jeune homme de 22 ans, entré à l'hôpital le 3 janvier 1888, avec tous les signes d'un pneumothorax étendu à toute la cavité pleurale, et sans épanchement. Guérison au bout d'un mois, c'était la troisième atteinte d'un mal semblable : en août précédemment, puis en septembre, à deux reprises différentes était survenu un point de côté avec toux, oppression extrême, tympanite, et signes physiques d'un épanchement gazeux dans la plèvre. Le malade ne paraît pas tuberculeux : ses parents et ses frères et sœurs ne le sont pas : lui-même n'a eu, en fait de maladie, que des fièvres éruptives dans son enfance. H. R.

I. — Vaccination tuberculeuse du cobaye, par SOLLES (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 *mars* 1889).

II. — Kann eine Uebertragung... (Propagation de la tuberculose par le logement), par F. ENGELMANN (*Berl. kl. Woch., p.* 8, 7 *janvier* 1889).

III. — The association of pulmonary tuberculosis with disease of the heart, par Percy KIDD (*St Barthol. hosp. Rep., XXIII, p.* 239).

IV.— Untersuchung ueber die Magenfunction... (Les fonctions de l'estomac dans la tuberculose pulmonaire), par Fritz SCHETTZ (*Deustch. Arch. f. kl. Med. XLIV, p.* 219).

V. — Vomiting in phthisis..., par Herbert HABERSHON (*St Barthol. hosp. Rep., XXIV, p.* 131).

I. — Dans le but de rechercher si le liquide cultural de l'organisme de la rate tuberculeuse du cobaye, pouvait servir de vaccin tuberculeux, Solles avait fait, en octobre 1888, des inoculations sur deux cobayes, issus d'un père tuberculisé artificiellement. Un troisième cobaye, provenant de la même origine, avait été choisi comme témoin ; il est mort le 16 décembre de tuberculose généralisée. Des deux autres, l'un, un mâle a eu au lieu même de l'inoculation, un abcès énorme, qui s'est ouvert, vidé et cicatrisé, sans laisser d'induration ; aujourd'hui l'animal est en parfaite santé. L'autre, une femelle, qui avait été soumise aux injections sous-dermiques, destinées à la rendre réfractaire à l'injection tuberculeuse, n'a présenté ni abcès, ni ganglions. Il ressort de ces faits que la culture, quoique évidemment tuberculeuse, comme le témoignent des

préparations, faites avant l'expérimentation, était probablement une culture vieillie, en voie de désagrégation ; elle était pyogène, et non virulente. Mais on doit reconnaître que si elle n'a point servi de vaccin tuberculeux, elle a rendu réfractaire à la pyémie l'un des cobayes. OZENNE.

II. — Les observations d'Engelmann ont été faites dans une cité ouvrière construite en 1865, hors de la ville, dans des conditions de salubrité satisfaisantes. Cette cité comprend 11 logements de 3 pièces chacun.

Dans l'un de ces logements, ont habité tour à tour, durant les 8 premières années, 3 familles sans aucun décès dû à la tuberculose. Le logement est ensuite occupé par une famille, comprenant deux phtisiques qui y meurent.

Dans les 12 années suivantes, 4 familles comprenant 25 personnes viennent successivement s'y loger.

Bien que quelques-unes d'entre elles, au moins, ne présentassent pas la moindre tare héréditaire, on compte 12 décès par tuberculose.

Durant le même laps de temps, les 10 autres logements du bâtiment n'ont eu que 7 morts par tuberculose.

Les conditions d'hygiène, d'alimentation, de travail, d'aisance étaient partout les mêmes.

On en est donc réduit à incriminer le logement, qui, réoccupé aussitôt qu'il était vacant, n'avait pu être assaini.

Le fait suivant vient encore à l'appui de cette explication. Dans un autre logement de la même cité ouvrière, succombèrent, il y a 10 ans, deux enfants à une méningite cérébrale et leur père à une phtisie pulmonaire.

L'ouvrier qui emménagea ensuite était bien portant et n'offrait aucune tare héréditaire; néanmoins au bout d'un an, il devint tuberculeux et finit par mourir.

Le logement resta plusieurs mois vide; puis on le refit à neuf. 6 ans se sont écoulés depuis lors, et deux familles l'ont successivement occupé, sans qu'aucun cas de tuberculose y soit apparu. J.B.

III. — On connaît la loi de Rokitansky sur l'antagonisme de la tuberculose et des maladies du cœur. Percy Kidd a fait des recherches de contrôle pour en vérifier l'exactitude. Son mémoire comporte :

1° Une première série de 27 cas de pthisie confirmée, dans lesquels coëxistaient des signes d'endocardite.

2° Cinq cas d'anévrisme aortique associé à de la tuberculose miliaire ou caséeuse.

3° Neuf cas d'affection organique du cœur coïncidant avec de la tuberculose récente.

Ces faits prouvent que l'incompatibilité absolue entre les deux ordres de maladie n'existe pas ; mais ils confirment dans une certaine mesure la loi de Rokitansky, puisqu'ils sont les seuls que l'auteur ait rencontrés, sur un chiffre de 500 malades.

Il y a d'ailleurs des difficultés cliniques que relève Kidd avec raison. Tout souffle cardiaque chez un phtisique ne doit pas être interprété dans le sens d'une maladie de cœur : d'autre part, il faut tenir compte de la durée de l'hospitalisation des malades, pendant laquelle ils se tuberculisent d'autant mieux que leur résistance organique est affaiblie. En

somme l'impression qui ressort du mémoire est que la loi de Rokitansky reste vraie. H. R.

IV. — De ses recherches, Fr. Schettz conclut que l'acide chlorhydrique persiste dans le suc gastrique des phtisiques en quantité normale, et même exagérée, à toutes les périodes de la tuberculose. Le suc gastrique a conservé son pouvoir peptonisant. Sauf dans 3 cas, l'estomac a toujours été vide 6 heures après le repas, ce qui indique aussi la conservation des fonctions motrices. Les phénomènes d'anorexie accusés par les malades ne correspondent donc nullement à de la dyspepsie vraie. Ces résultats sont un encouragement à forcer l'alimentation des phtisiques et même à avoir recours au gavage. A. MATHIEU.

V. — Habershon publie une statistique de 360 cas de phtisie pulmonaire. Dans ce nombre, 107 fois les lésions étaient localisées au sommet gauche, 115 fois à droite, 138 fois bilatérales. Les vomissements se sont rencontrés 72 fois chez les sujets atteints de tuberculose du sommet gauche (67 0/0), 32 fois chez ceux dont le poumon droit seul était malade (27 0/0), 52 fois dans les cas de tuberculose bilatérale (37 0/0). Il y a donc une corrélation entre les vomissements et le siège de lésions à gauche, circonstance déjà signalée par Gueneau de Mussy qui y voyait la conséquence d'une compression du pneumogastrique par des ganglions tuberculeux.

Au point de vue pathogénique, l'auteur catégorise ainsi les vomissements dans les 360 cas sus-mentionnés :

a) Vomissements mécaniques, dus aux secousses de toux.

Poumon droit.	22
Poumon gauche.	37
Lésions bilatérales.	39

b) Vomissements liés à du catarrhe de l'estomac.

Lésion à droite	3
Lésion à gauche.	8
Lésions bilatérales.	5

c) Vomissements dus à un réflexe pharyngé ou laryngé :

Poumon droit	3
Poumon gauche	8
Lésions bilatérales.	5

d) Vomissements sympathiques survenus sans douleur en dehors des quintes de toux.

Poumon droit	4
Poumon gauche	30
Lésions bilatérales	3

Les hommes paraissent y être plus fréquemment sujets que les femmes. H. R.

I. — Pleurésies métapneumoniques, par TROISIER (*Soc. méd. des hôp.*, 11 *janvier* 1889).

II. — De la pleurésie purulente métapneumonique et de la pleurésie purulente pneumococcique primitive, par NETTER (*Ibidem*, 11 *janvier* 1889).

III. — Sulla presenza e ricchezza in glucosio.., (Recherches du glucose dans les épanchements séreux et purulents), par MYA et GRAZIADEI (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, octobre* 1888).

IV. — Empyem in its relations to insanitary surroundings, par SWANN (*Brit. med. Journ., p.* 419, *février* 1889).

V. — Empyema, hemiplegia, cerebral softening..., par H. HANDFORD (*Ibidem p.* 992, *novembre* 1888).

I. —Troisier étudie les pleurésies consécutives aux pneumonies, il rapporte trois cas où la pleurésie a été séro-fibrineuse et a guéri spontanément ; dans un quatrième cas la pleurésie devint purulente ; trois quarts de litre furent évacués par la thoracentèse ; le surlendemain, le malade rendit par une première vomique un litre de pus; deux autres vomiques se succédèrent à 24 et 48 heures de distance, et le malade sortit guéri dix-sept jours après sa première vomique.

Rendu a observé que le plus souvent les cas d'épanchement métapneumonique sont bénins; que lorsque l'épanchement est purulent, il est souvent insidieux, et que sa nature n'est reconnue que par la ponction exploratrice.

Hayem a observé un cas de pleurésie purulente insidieuse après une pneumonie infectieuse chez une accouchée, une ponction évacuatrice d'un litre et demi suffit pour amener la guérison.

Comby a vu trois cas de pleurésies métapneumoniques d'emblée purulentes et ayant nécessité la pleurotomie. H. L.

II. — D'après Netter, la pleurésie métapneumonique est ordinairement purulente. La purulence est précoce et peut être prouvée treize jours et même moins après le début de la pneumonie. L'empyème se manifeste soit dans le cours de la pneumonie, soit à la fin, quand la défervescence de la fièvre se fait par lysis et non par crise, soit enfin pendant la convalescence, après une période d'apyrexie. Les pleurésies se rencontrent surtout au-dessous de 30 ans. Sur 286 observations, on en trouve 93 de 0 à 10 ans, 62 de 10 à 30, 66 de 20 à 30 ans. Cette pleurésie purulente procède par séries; elle indique le plus souvent une intensité plus grande de l'infection pneumonique.

Le pus est verdâtre, épais, crêmeux, inodore ; les deux feuillets de la plèvre sont tapissés de fausses membranes jaunâtres fibrino-purulentes, et forment souvent des poches cloisonnées ou enkystées. Ces pleurésies ne passent pas habituellement à l'état chronique.

Sur 100 cas, la pleurésie n'est que 37 fois contemporaine de la pneumonie; dans 63 cas, elle ne se manifeste qu'après la résolution de la pneumonie; l'apyrexie peut durer de un jour à deux ou quatre semaines. La fièvre peut être intense, médiocre ou presque nulle. La marche peut être latente ; la plupart des pleurésies latentes qui ne se reconnaissent qu'à la vomique sont des pleurésies métapneumoniques. La pleurésie met ordinairement quatre semaines à atteindre son maximum. La résorption spontanée est possible. Netter en a observé un cas chez un enfant de 3 ans. Souvent il y a fistule pleuro-bronchique suivie d'évacuation du pus par vomique. Les signes du pneumothorax manquent alors le plus souvent. Ces vomiques se rencontrent dans plus du quart des cas de pleurésies métapneumoniques; elles apparaissent en général au bout

d'un mois. Le pronostic des empyèmes métapneumoniques traités chirurgicalement est bien plus favorable que celui des autres empyèmes; le nombre des décès est de 2,3 0/0 au lieu de 25 0/0. Sur 316 observations, Netter relève 49 décès soit 15,5 0/0; beaucoup de décès ne sont pas dus à l'empyème. L'empyème métapneumonique est sous la dépendance du microbe pathogène de la pneumonie, du pneumocoque au même titre que la pneumonie antécédante elle-même. Dans cinq cas, Netter n'a trouvé, au moyen de la méthode des plaques qu'une seule espèce de microbe, le pneumocoque de Frænkel. Ce microbe, qui n'est pas pyogène dans le poumon, est facilement pyogène dans les séreuses, comme le fait a été prouvé dans des cas de méningite, de péricardite, d'otites suppurées.

Netter a observé 4 cas de pleurésies métapneumoniques guéries par de simples ponctions variant en nombre de 1 à 3, et a recueilli 32 observations analogues, et il conseille, quand l'examen bactériologique prouve que l'exsudat renferme uniquement des pneumocoques, de s'en tenir à cette seule intervention sans recourir à la pleurotomie.

Netter avance ensuite qu'il existe une pleurésie pneumococcique primitive, il en a observé 10 cas; dans 4 il a constaté que le pneumocoque était isolé, dans 4 autres il était associé au staphylococcus aureus et au streptocoque pyogène. Sur ces 10 cas, il a eu 6 décès. Le plus grand nombre des pleurésies purulentes de l'enfance sont des pleurésies à pneumocoques. H. L.

III. — La méthode employée par les auteurs pour déceler le glucose dans les épanchements pathologiques, est celle de Hofmeister: au liquide fraîchement recueilli, on ajoute d'abord un vingtième de son volume de solution d'acétate de soude à 10 0/0; puis on traite par le perchlorure de fer jusqu'à production de la couleur rouge vineuse, on neutralise avec soin par la soude ou la potasse et on fait bouillir; l'albumine coagulée est séparée par filtration. On essaye ensuite le liquide filtré par le réactif de Worm-Müller (qui décèle une proportion de glucose égale à 0,025 0/0); si le résultat est affirmatif, on dose avec une solution titrée de liqueur de Fehling. Les recherches ont porté sur 135 cas, dont on trouvera l'énumération détaillée dans le mémoire original. La proportion de glucose a été en moyenne de 0,080 0/0 dans les hydropisies mécaniques (hydrothorax des cardiaques, ascite de la cirrhose); elle n'a pas dépassé 0,040 0/0 dans les épanchements inflammatoires: elle a atteint 0,1 et même davantage dans les hydropisies cachectiques du mal de Bright. Elle a été nulle en revanche dans les épanchements purulents, ainsi que dans les kystes ovariens. H. BARTH.

IV. — Relation d'un empyème survenu à la suite d'une scarlatine chez un enfant vivant dans des conditions insalubres. Après l'opération, l'enfant reste fiévreux et malingre jusqu'à son transport à la campagne et guérit alors très rapidement. L'auteur en conclut, ce qui est peut-être excessif, que l'insalubrité a créé la purulence; en tout cas, elle l'a favorisée. Suit une discussion où plusieurs faits du même genre sont rapportés, sans preuve convaincante. H. R.

V. — Jeune femme de 18 ans, atteinte de pleurésie pendant une grossesse et ayant subi l'opération de l'empyème six semaines après son accouchement. Deux mois plus tard, au moment où tout marchait régulièrement, elle

a un frisson, de la fièvre et se plaint d'un trouble de la vue de l'œil droit; on diagnostique de la neuro-rétinite. Vingt jours après, la cécité est complète, et l'œil gauche se prend à son tour. Bientôt le côté droit est paralysé, et une hémiplégie complète se produit graduellement, avec aphasie. Mort au bout de quinze jours de cet état. A l'autopsie, ramollissement du cerveau occupant le lobe occipital droit, la circonvolution angulaire temporo-sphénoïdale et une partie de la circonvolution pariétale ascendante, sans thrombose vasculaire ; il s'agissait d'une encéphalite.

Dans la discussion, plusieurs faits de ramollissement cérébral à la suite d'empyème sont signalés par Hadden, Haviland Hall, Finlay, etc.

H. R.

The pathology, clinical history and diagnosis of affections of the mediastinum, par Hobart Amory HARE (*In-8°, Philadelphie*, 1889).

Dans ce travail statistique, qui porte sur le dépouillement de 520 observations, Hare étudie les affections du médiastin en dehors de celles de l'appareil cardio-aortique.

Le carcinome (134 cas) est la forme la plus fréquente de tumeurs malignes que l'on observe dans cette région. Il occupe, comme du reste, toutes les autres variétés de tumeurs, plus souvent le médiastin antérieur que le postérieur, se rencontre plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. Hare passe en revue les symptômes, la marche de cette maladie et discute le diagnostic toujours fort embarrassant.

Le sarcome (98 cas) est presque toujours primitif, 31 cas contre 5 cas de secondaire. La variété qu'on rencontre le plus souvent est le lymphosarcome; viennent après le sarcome à cellules rondes, puis le sarcome à cellules fusiformes.

Les abcès du médiastin relevés dans ce mémoire sont au nombre de 115; 48 cas d'abcès aigu environ contre 31 d'abcès chronique. La médiastinite non suppurée n'a été signalée que 16 fois. Hare rappelle la statistique d'Heyfelder des résections du sternum pour le traitement de ces abcès, 25 cas, 15 guérisons, 2 morts, 7 résultats inconnus.

Les chapitres suivants donnent la statistique de 21 cas de lymphome et de lymphadénome; 7 cas de fibrome; 6 d'hématome; 11 de kystes dermoïdes; 8 d'hydatides et enfin 104 cas de maladies diverses, plaies, traumatismes, tumeurs, emphysème traumatique, etc.

Toutes les observations citées dans ce travail sont résumées dans des tableaux synoptiques qui constituent un index bibliographique des plus riches et des plus soignés.

A. CARTAZ.

I. — Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité cutanée dans la chlorose, par P.-G. LAPORTE (*Thèse de Bordeaux*, 1888).

II. — Ueber eine Fall von Anämie..., par P. EHRLICH (*Charité Annalen, XIII, p.* 300, 1888).

III. — Pathologie und Therapie der Leukämie, par STICKER (*Zeitschr. f. klin. Medic., XIV, p.* 80).

I. — Sur 35 observations de chlorose recueillies par Laporte, il s'en trouve 14 où les malades ne présentaient aucun trouble de la sensibilité cutanée, 19 où la sensibilité était plus ou moins troublée, enfin chez 2 malades les troubles s'accompagnaient de symptômes d'hystérie bien caractérisée.

Les troubles observés appartiennent à trois groupes, analgésie, hypoesthésie, hypéresthésie. Sur les 19 sujets simplement chlorotiques, l'hypoesthésie s'est rencontrée 16 fois, l'hyperesthésie 13 fois, l'analgésie 8 fois. Ces troubles se rencontrent rarement seuls. Le plus souvent, ils sont associés deux à deux, surtout l'hypoesthésie et l'hyperesthésie. Dans un seul cas, les trois troubles étaient réunis.

Les troubles de la sensibilité sont généralement distribués en ilôts disséminés irrégulièrement sur toutes les parties du corps. La disposition hémilatérale est très rare. Ces troubles peuvent varier d'un jour à l'autre, spontanément ou sous l'influence d'agents esthésiogènes tels que l'aimant, les métaux, etc.

Des troubles analogues ont été observés du côté des muqueuses buccale, nasale et auditive. Le rétrécissement concentrique du champ visuel est assez fréquent. Les réflexes ont toujours été trouvés normaux.

Les troubles de la sensibilité des chlorotiques ne sont pas dus à la pauvreté du sang, car ils ne sont point proportionnels à la diminution des globules et peuvent manquer dans des anémies très accentuées ; il s'agit plutôt d'hystérie fruste provoquée par l'anémie, ce que d'ailleurs démontre la recherche des antécédents névropathiques des malades.

W. DUBREUILH.

II. — Une jeune femme de 21 ans, à la suite d'une hémorragie utérine, est atteinte d'une anémie profonde qui va s'accentuant. Elle meurt au bout d'environ 3 semaines, avec des phénomènes de délire et une dyspnée intense. A l'autopsie, on constate l'anémie extrême des organes, la dégénérescence graisseuse du cœur, des hémorragies multiples dans le péricarde et la rétine. La muqueuse utérine avait disparu, la cavité de l'utérus était remplie par un caillot sanguin.

Pendant la vie on avait compté 213,360 globules sanguins par millimètre cube de sang. Les globules rouges avaient une richesse moyenne en hémoglobine.

Les globules blancs étaient à peu près dans la proportion normale : 1 pour 1,000. Il y avait 80 lymphocytes pour cent ; les globules blancs polynucléaires s'élevaient à 14 0/0, les globules à gros noyaux 3 0/0 et les formes intermédiaires environ 3 0/0. Le nombre des leucocytes avait donc sensiblement diminué, tandis que celui des lymphocytes était triplé. Les globules blancs de provenanee lymphatique l'emportaient notablement sur ceux qu'avaient fourni la moelle des os et la rate. Les cellules fournies par la moelle des os manquaient complètement. D'un autre côté, il n'y avait pas du tout de globules rouges à noyau. Cela devait indiquer que la régénération due à la moelle des os faisait défaut dans le cas particulier. En effet, à l'autopsie, on put constater que la moelle des os n'avait subi que partiellement la transformation en moelle rouge. La moelle rouge correspond aux parties de la moelle des os dans lesquelles se fait la régénération hématique, la production de globules rouges à noyaux. A. MATHIEU.

III. — L'observation de Sticker présente quelques particularités cliniques intéressantes. Le minimum des globules rouges renfermés dans un millimètre cube fut de 1,600,000. Le rapport respectif des globules rouges et blancs fut dans un autre examen de 2 globules rouges pour 3 blancs. La quantité de sang était augmentée, et il y avait une polyémie séreuse ; le pouls était plein, dur, les veines sous-cutanées distendues. A l'autopsie on trouva de l'hyperémie cérébrale. Aucun des organes n'offrait de dégénérescence graisseuse.

La fréquence du pouls varia de 90 à 112 pulsations. Cette fréquence était d'ailleurs entièrement indépendante de l'état de fatigue plus grande ou d'amélioration légère du malade.

La respiration était accélérée, mais cette accélération était, elle aussi, indépendante de l'état du malade et de la composition du sang. Il y eut sur la fin de la bronchite purulente. Dans les trois dernières semaines de la vie où l'exsudat bronchique fut très abondant, il y eut une diminution considérable des globules blancs dans le sang.

Sticker a fait des recherches spéciales sur l'élimination de l'azote. La quantité d'azote fut toujours pendant les huit mois que dura l'affection énormément augmentée. Elle s'accrut à mesure que la cachexie progressa. L'urée et l'acide urique étaient tous deux augmentés en proportion variable et d'ailleurs sans corrélation l'un avec l'autre. L'élévation du chiffre des globules blancs dans le sang correspondait à un maximum d'azote. Les progrès de la dégénérescence du foie amenèrent une diminution de l'urée et une augmentation de l'acide urique.

Au point de vue thérapeutique, l'arsenic se montra entièrement inefficace; les inhalations d'oxygène furent satisfaisantes; la teinture de quebracho amena du soulagement de la dyspnée. A F. PLICQUE.

I. — Zur pathologischen Anatomie der Nieren beim Diabetes mellitus, par R. FICHTNER (*Arch. f. path. An. u. Phys. CXIV, Heft* 3).

II. — Contribution à l'étude de l'acétonurie et du coma diabétique, par ROMME (*Thèse de Paris*, 1888).

III. — Ueber Acetonurie (Asthma acetonicum), par J. PAWINSKI (*Berl. kl. Woch., p.* 1004, 10 *décembre* 1888).

IV. — De la glycosurie éphémère dans les traumatismes, par PIETRO (*Rivista clin. e terap., août* 1888).

V. — Observation de diabète pancréatique avec lipurie, par FARGE (*Bull. Soc. méd. d'Angers, p.* 114, 1888).

I. — Outre la dégénérescence glycogénique des anses de Henle, Fichtner signale dans plusieurs cas de diabète une dégénérescence graisseuse de la portion corticale des reins et en particulier des tubes contournés. Cette dernière altération affecte exclusivement les cellules épithéliales granuleuses et n'est pas accompagnée de symptômes inflammatoires.

L'auteur n'a pas retrouvé cette dégénérescence dans les autres maladies du rein, sauf dans les cas de néphrite chronique déterminée par l'alcoolisme. ED. RETTERER.

II. — Romme, en se servant d'un nouveau réactif de l'acétone (fuchsine décolorée par l'acide sulfureux, réactif Chautard) a repris la question de l'acétonurie dans ses rapports avec le coma diabétique. Il n'a pas pu confirmer l'existence d'une acétonurie physiologique normale, et si les auteurs allemands qui ont signalé ce fait (V. Jaksch, Baginsky) ont été plus heureux que lui, cela tiendrait à ce qu'ils se sont servis d'un réactif qui donne la même réaction avec l'acétone qu'avec l'alcool.

L'acétonurie fébrile existe réellement, seulement elle ne survient que

dans les fièvres de longue durée, à température élevée (38,5 à 39). Lorsque la température commence à baisser, l'acétonurie disparaît.

Quant aux relations qui existent entre l'acétonurie et le coma diabétique, l'auteur se prononce pour l'origine acétonurique du coma. Il publie deux observations de diabétiques acétonuriques purs, et rapporte une observation de Minkowski où l'acétonurie diabétique s'est terminée par le coma.

Passant ensuite à l'état critique des autres théories (diacéturie, intoxication, acide), il démontre l'affinité qui existe entre les corps mis en cause et l'acétone qui, d'une façon ou d'une autre, joue le rôle principal dans la production des phénomènes morbides qui caractérisent le coma diabétique. E. DESCHAMPS.

III. — Jusqu'ici l'acétonurie a été signalée dans le diabète, dans diverses affections fébriles et pendant les accès de manie. Pawinski en rapporte un cas dans une néphrite interstitielle complètement apyrétique. Il s'agit d'une femme de 22 ans, non hystérique, rendant toujours une quantité normale d'urine. Sa respiration était haletante ; sans cause appréciable, il survenait par instants des accès d'asthme, sans le type respiratoire de Cheynes Stokes. Un des accès s'accompagne de cécité double passagère qui fut suivie d'amblyopie et de dyschromatopsie, sans rien d'appréciable à l'ophtalmoscope. Au moment des accès d'asthme, on constate dans l'urine la présence d'une forte proportion d'acétone (2 gr. 16 dans les 1,500 grammes des 24 heures). Fait curieux, il existait un rapport inverse entre les quantités d'albumine et d'acétone de l'urine ; quand il paraît de l'acétonurie, la proportion d'albumine tombait au minimum. Ni les matières vomies, ni les garde-robes ne renfermaient d'acétone. Mort après 3 mois de maladie, dans un accès d'asthme.

Par analogie avec l'épilepsie acétonique décrite par von Jaksch, Pawinski propose pour son observation, le nom d'asthme acétonique. Déjà dans l'épilepsie acétonique, von Jaksch avait signalé un rapport inverse entre les quantités d'albumine et d'acétone urinaires. Le même observateur a noté un phénomène semblable pour le diabète avec diacéturie.

On trouvera à la suite du travail de Pawinski, des renseignements sur le dosage de l'acétone dans l'urine et notamment une simplification de la méthode de von Jaksch, réalisée par L. Nencki et H. Rakowski. J. B.

IV. — Pietro cite 32 observations où, à la suite de divers traumatismes, le sucre apparut dans les urines pendant une durée qui varia de 2 à 15 jours. Le sucre apparaît en général un ou deux jours après le le traumatisme, subit une légère augmentation et diminue pour disparaître complètement.

L'existence de la glycosurie dans les affections chirurgicales, avait déjà été signalée par Redard qui a constaté jusqu'à 12 et 15 grammes de sucre dans 55 cas.

Il y a un certain rapport entre la gravité du traumatisme et l'importance de la glycosurie. Redard avait conclu à une influence de la fièvre ou de la suppuration, Pietro incrimine le traumatisme lui-même par une action vaso-motrice. A. SIREDEY.

V. — Chez un homme de 55 ans, jusque-là bien portant, apparurent subitement et sans cause des symptômes de diabète persistants tels que polydipsie (15 litres), polyurie, polyphagie. Le malade dut renoncer au travail et diminua de 8 kilogs en 15 jours. La polyurie se réduisit ensuite à 4 ou 5 litres, avec 66 grammes de sucre par litre ; les urines ne contenaient ni albu-

mine, ni tubes épithéliaux ; mais au microscope et par l'éther, on y reconnaissait la présence de graisse. Les selles n'étaient pas remarquablement grasses.

LEFLAIVE.

I. — Weitere Beiträge zur Lehre vom Icterus, par STADELMANN (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XLIII, p.* 527).

II. — On the clinical significance... (Valeur séméiotique des selles argileuses), par J. WALKER (*Brit. medic. Journ., p.* 711, *mars* 1889).

III. — Contribution à l'étude des variations de l'urée dans les affections hépatiques et péritonéales, par SOBOLEWSKI (*Thèse de Genève* 1888 *et Rev. Méd. Suisse romande, VIII,* 231).

IV. — Acute gelbe Leberatrophie..., par ROSENHEIM (*Zeitsch. f. kl. Medic., XV, p.* 441).

V. — La maladie de Weil, par RICKLIN (*Gaz. méd. de Paris, février* 1889).

VI. — Contribution à l'étude de l'ictére fébrile, par NAUWERCK (*Il Morgagni, novembre* 1888).

VII. — Ein Fall derSog. Weils'schen Krankheit..., par W. BRODOWSKI et T. DUNIN (*Deutsch. Arch. f. kl. Med., XLIII, p.* 519).

VIII. — Etude sur les hépatites chroniques alcooliques et leur curabilité, par A. FRANÇON (*Thèse de Paris,* 1888).

IX. — Etude de quelques cas de cirrhose atrophique sans ascite, par FAUVEL (*Thèse de Paris,* 1888).

X. — Contribution à l'étude du foie brightique, par L. GAUME (*Thèse de Paris,* 1889).

XI. — Der primäre Krebs der Gallenblase... (Cancer primitif des voies biliaires), par H. ZENKER (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic., XLIV, p.* 159).

XII.— Klinische Untersuchungen über Leberkrebs, par H. SIEGRIST (*Deut. Med. Woch., n°* 8, *p.* 145, 1888).

XIII. — Ueber einen Fall von Melanosarcom der Leber, par LITTEN (*Berl. kl. Woch., p.* 997, 3 *décembre* 1888).

XIV.— Ein Beitrag zur Casuistik der primären Lebersarkome, par PODROUZEK (*Prager medic. Woch., n°* 32, 1888).

XV. — Case of actinomycosis of the liver, par Frederic S. EVE (*Brit. med. J., p.* 584, *mars* 1889).

XVI. — Rupture de la veine cave inférieure dans un cancer du foie, par LIPARI (*Il Morgagni, avril* 1888).

I. — Stadelmann pense que l'on doit abandonner définitivement la dénomination d'ictère hématogène. Pour lui il s'agit toujours d'un ictère hépatogène, il est constitué par la présence dans le sang de bilirubine. Cette bilirubine résulte de l'action des cellules hépatiques sur l'hémoglobine. Rien ne démontre qu'il puisse y avoir ictère par bilirubine sans intervention du foie, comme le suppose Quincke.

Stadelmann conclut de ses diverses recherches expérimentales qu'il n'y a pas en réalité d'ictère par polycholie, ou que du moins l'existence de cette variété d'ictère n'est nullement démontrée. Quand on injecte à

un animal de la diamide du toluylène (toluylendiamine) ou de l'arséniure d'hydrogène, on provoque la destruction d'un grand nombre de globules rouges dont la matière colorante se trouve mise en liberté, il y a hémoglobinémie. Sur des chiens pourvus de fistule biliaire on constate que la bile sécrétée devient plus épaisse, beaucoup plus filante. La richesse en matière colorante est notablement augmentée, parfois de la moitié. Il ne faut pas en conclure à l'existence de la polycholie. En effet, la matière colorante de la bile est seule augmentée, les acides biliaires sont au contraire en proportion très faible. Dans l'urine on trouve de la bilirubine ou des substances colorantes déjà plus oxydées, mais également très peu d'acides biliaires. Ce n'est donc pas là de la polycholie, mais seulement une augmentation de la matière colorante; il y a pleiochromie, d'après l'expression employée par Stadelmann. La résorption de la bile se fait dans les conduits biliaires, sa consistance muqueuse, qui rend son évacuation plus difficile, fait sans doute qu'elle s'accumule dans la vésicule comme en arrière d'un obstacle. Rien ne démontre que la résorption se fasse dans l'intestin. ALBERT MATHIEU.

II. — Relation de deux faits dans lesquels on avait observé une décoloration permanente des garde-robes : à l'autopsie le canal cholédoque était libre, mais le canal pancréatique imperméable. L'auteur en conclut que la bilirubine, matière colorante de la bile, se forme sous la mutuelle réaction de la bile et du suc pancréatique, et que le défaut de ce dernier supprime sa formation ; en second lieu, que les éléments biliaires convertis en bilirubine sont seuls éléminés par les fèces, alors que les autres matières colorantes, biliverdine et bilifuscine, sont absorbées dans l'intestin.

Cette théorie est contestée par plusieurs membres de la société médicale de Londres, Harley et Thudichum, mais le fait clinique est important à connaître. H. R.

III. — Toutes les cirrhoses hépatiques à marche fatale sont caractérisées par la faible quantité d'urée éliminée, tandis que, dans les cas très rares de guérison, la proportion d'urée reste à un chiffre relativement élevé.

Tuberculeuse ou non, la péritonite donne toujours lieu à une exagération dans la production de l'urée.

Dans le cancer, le taux de l'urée dépend moins de la malignité que du siège des tumeurs et des modifications chimiques et mécaniques que celles-ci apportent à la circulation du foie.

En résumé, les affections des viscères abdominaux peuvent être divisées en deux catégories, selon leur territoire vasculaire en retour, les unes (système porte) produisent une exagération d'urée qui ne s'observe pas chez les autres (système cave). C'est là un fait que le diagnostic pourra utiliser. J. B.

IV. — Parmi les particularités intéressantes de l'observation de Rosenheim on doit signaler 1° la présence de cristaux de bilirubine dans l'urine. Cette cristallisation qui chez l'homme n'a été signalée que dans l'ictère des nouveau nés, se retrouverait dans la lupinose des animaux, affection qui offre avec l'atrophie jaune aiguë du foie plus d'une analogie 2° l'absence dans l'urine d'albumine et de peptones alors que le parenchyme du rein était profondément touché et que le microscope montrait dans les sédiments des cylindres granuleux, des détritus épithéliaux,

des gouttelettes graisseuses et des cristaux de leucine et tyrosine. Dans ses examens bactériologiques, Rosenheim n'a pu rencontrer de microbes. Il croit d'ailleurs que la cause de l'affection doit être plutôt un agent chimique qu'un organisme parasitaire. A. F. PLICQUE.

V. — Résumé des travaux parus sur la maladie de Weil.

Ricklin montre que cette affection diffère de l'ictère catarrhal simple, de l'hépatite primitive aiguë, de l'atrophie jaune aiguë du foie et de la fièvre récurrente bilieuse, maladies avec lesquelles elle pourrait être confondue. Elle ne saurait pas non plus être rattachée à une forme abortive de la fièvre typhoïde. C'est, en un mot, une maladie *sui generis*, fruit d'une cause spécifique, non encore connue. En présence du silence des autopsies et de la signification peu précise des accidents, Ricklin se rallie à la conclusion de Fränkel, qui regarde le complexus symptomatique décrit par Weil comme un ictère infectieux ou septique.

OZENNE.

VI. — Nauwerck rapporte deux observations de maladie de Weil terminée par la mort.

Dans un de ces cas, il y avait dans l'intestin grêle des altérations d'origine nécrosique envahissant de préférence l'appareil folliculaire, plaques de Peyer, etc., mais occupant aussi d'autres points ; au niveau de ces lésions, on trouva des amas de bacilles ne ressemblant à aucun de ceux qui ont été décrits chez l'homme ; le foie et les reins présentaient une dégénérescence albuminoïde, granuleuse, nécrosique, et une infiltration inflammatoire en foyers disséminés ; ces lésions paraissaient dues à une intoxication par des ptomaïnes, en raison de l'absence de schizomycètes ; la rate avait le même aspect que dans les maladies infectieuses.

Dans le second cas, l'intestin ne présentait aucune lésion ; les lésions du foie, de la rate, des reins étaient analogues à celles du cas précédent.

En raison des différences dans l'état de l'intestin dans ces deux cas, Nauwerck conclut que, bien qu'il soit légitime de séparer la maladie de Weil des maladies infectieuses déjà connues, cette maladie n'a pas de caractères anatomiques et étiologiques univoques et qu'elle ne peut être considérée comme une unité pathologique. GEORGES THIBIERGE.

VII. — Homme de 36 ans, vigoureux. Maux de tête depuis huit jours, frissons, sueurs, constipation. A l'entrée léger ictère, T. 38. Foie et rate augmentés de volume ainsi que les ganglions cervicaux axillaires et inguinaux. La température, les jours suivants, monte à 39-39°,5. L'ictère augmente ; le foie est encore plus gros. Râles nombreux dans la poitrine, albuminurie, sucre. Mort dans le collapsus après six jours de séjour à l'hôpital. Il n'y avait eu ni taches rosées lenticulaires, ni diarrhée.

Autopsie. Cœur pâle et mou. Foie volumineux et pâle. Rate très grosse d'un rouge sombre, ramollie. — Reins très gros, surface plane, grisâtre. Substance corticale doublée d'épaisseur. Pas de lésions récentes de l'estomac et de l'intestin.

Au microscope, infiltration embryonnaire des espaces interlobulaires dans le foie, atrophie et dégénérescence des cellules hépatiques ; dans les reins, infiltration embryonnaire au niveau du labyrinthe ; congestion intense ; état trouble très marqué des cellules épithéliales des canaliculi contorti.

A. MATHIEU.

VIII. — Françon résume les différentes causes de toxicité des boissons alcooliques et les recherches expérimentales récentes. A propos de la symptomatologie, il expose un nouveau procédé, dit « du pouce »,

imaginé par Glénard pour reconnaître la situation exacte et la consistance du bord antérieur du foie. Il consiste sommairement à soutenir et repousser en avant la région lombaire droite avec les quatre doigts de la main gauche, tandis que le pouce va à la recherche du bord hépatique de bas en haut; le malade doit faire à ce moment une forte inspiration pour fixer son diaphragme.

De l'examen de 54 cas de disparition d'ascite et de guérison de cirrhoses purement alcooliques, il conclut que l'hépatite est curable dans le stade de congestion et tant que les éléments inflammatoires sont à l'état de cellules embryonnaires (lait, iodure de potassium); mais, comme dans la syphilis tertiaire trop tardivement traitée, la sclérose du foie est inguérissable. LEFLAIVE.

IX. — Fauvel attire l'attention sur les cas, relativement assez fréquents, où la cirrhose évolue anatomiquement jusqu'à l'atrophie sans produire l'ascite. Il cite un certain nombre d'observations probantes à cet égard, mais reste toujours dans l'idée ancienne que la circulation collatérale supplée à l'obstruction du système porte, ou que les hématémèses sont un dérivatif utile. Il ne s'occupe nullement de l'état du péritoine, qui joue, lui surtout, le principal rôle dans la pathogénie de l'ascite.

X. — Le foie joue un rôle considérable dans la symptomatologie, l'évolution et la terminaison du mal de Bright. Les sympômes hépatiques sont : l'hypertrophie, la douleur à la pression dans l'hypochondre droit, de la gêne et parfois une dyspnée assez intense. L'hypertrophie du foie se montre surtout chez les brightiques polyuriques ; elle peut se manifester en même temps que le retour de la polyurie chez ceux qui guérissent d'une poussée épithéliale aiguë. L'hypertrophie prouve que le foie lutte pour corriger les effets de la lésion rénale, et elle est surtout apparente aux débuts de l'urémie. Anatomiquement on constate une pâleur spéciale du foie, des lésions des cellules hépatiques (hypertrophie des noyaux, dégénérescence hyaline et même disparition du protoplasma); on n'observe pas de prolifération conjonctive; les canalicules biliaires son sains. LEFLAIVE.

XI.—De l'examen d'une série de cas de cancer primitif des voies biliaires, l'auteur conclut qu'il existe une relation de cause à effet entre les calculs des voies biliaires et le cancer de ces conduits. Les calculs par leur présence déterminent des ulcérations suivies de cicatrices, et au voisinage de ces cicatrices, les glandes de la muqueuse subissent une irritation telle que l'épithélium prolifère, bourgeonne et donne naissance à un véritable épithélioma. Le cancer se produit ici comme il se produit au voisinage d'un ulcère rond en voie de cicatrisation, en vertu de l'irritation subie par les glandes gastriques. MATHIEU.

XII. — Sur les 15,538 malades soignés à l'hôpital cantonal de Zurich de 1874 à 1887, on a compté 311 carcinomateux. Sur ce nombre il y a 77 cancers du foie, dont 63 reconnus à l'autopsie; mais on ne note que 12 cancers primitifs du foie, c'est-à-dire 18 0/0. Frerichs a compté dans ses relevés 32 0/0 de cancers primitifs de l'organe, Biermer et Hess 24 0/0, Leichtenstern 17 0/0.

Les 12 cancers primitifs ont été constatés chez 8 femmes et 4 hommes, toujours chez des sujets âgés de 45 à 65 ans. L'hérédité n'est signalée

que dans 3 0/0 des cas. Sept fois on a signalé la goutte dans les antécédents.

L'ictère a été plus fréquent dans les cancers primitifs que dans les autres. L'ascite existe dans la moitié des cas. L. GALLIARD.

XIII. — Homme de 37 ans ayant, en 1884, une tumeur dure du foie s'étendant jusqu'à l'ombilic. La même année, Hirschberg diagnostique chez cet homme un sarcome de la choroïde pour lequel on lui pratique, un an plus tard, l'énucléation de l'œil. En 1888, Litten revoit ce malade. La tumeur hépatique s'étend maintenant jusque dans le petit bassin et est fluctuante sur plusieurs points. A gauche, elle se confond avec la rate. Cachexie extrême. La ponction exploratrice des points fluctuants fournit un liquide noirâtre renfermant diverses espèces de cellules. L'urine émise, claire, non sédimenteuse, prenait la couleur de l'encre, soit quand on l'additionnait d'acide chromique ou nitrique, soit après un repos de deux heures.

A l'autopsie, le foie pesait une cinquantaine de livres, avait une coloration noire uniforme ; à son intérieur se trouvaient de gros nodules, atteignant les dimensions d'une pomme et de petites cavités pleines d'un fluide noir. Rate volumineuse. Le ganglion sous-claviculaire gauche était gros comme une noisette et pigmenté. Pas d'autres métastases. A l'examen histologique, la tumeur hépatique était formée en partie de cellules fusiformes, en partie de petites cellules. En outre des gros noyaux, il existait une infiltration sarcomateuse avec mélanose diffuse de tout l'organe. Les cellules pigmentées, par suite de l'accumulation de pigment, avaient presque toutes perdu la configuration fusiforme pour devenir polygonales ou arrondies.

Outre les particularités déjà signalées, l'urine offrait les autres réactions également propres à la mélanurie. C'est ainsi qu'elle ne subissait pas la fermentation alcaline due aux vibrioniens, mais bien la fermentation acide résultant de la présence d'une épaisse couche cryptogamique se développant à sa surface à la suite d'un repos prolongé. Avec la liqueur de Trommer, elle fournissait une réaction assez analogue à celle des urines sucrées, mais s'en distinguant par l'absence de sédiment. Litten pense que la fermentation acide de cette urine était provoquée par l'abondance de la mélanine et entretenue par un ferment figuré. De plus, la mélanine contractait avec le cuivre une combinaison qui empêchait la réaction classique de l'urine sucrée, tout en s'en rapprochant par sa teinte orangée. Virchow a signalé une réaction identique pour une urine contenant de l'indigo.

Les sarcomes mélaniques du foie étant toujours secondaires et le plus souvent consécutifs à un sarcome choroïdien, sont devenus beaucoup plus rares, depuis qu'on diagnostique de bonne heure l'affection du globe oculaire et qu'on pratique l'énucléation de celui-ci. Hirschberg a calculé, en effet, que si quatre ou cinq ans après l'énucléation du bulbe sarcomateux un malade n'a pas de métastases, on peut le considérer comme guéri.

Ce qui fait l'intérêt de l'observation de Litten, c'est que l'affection hépatique, généralement mortelle en un an, a duré au moins quatre années. J. B.

XIV. — Podrouzek ajoute une nouvelle observation aux 13 cas connus de sarcome primitif du foie. Femme de 60 ans, accusant de la pesanteur gastrique, de la dyspnée, présentant de l'œdème des membres inférieurs et de l'abdomen. Foie très volumineux. On pose le diagnostic de cancer du foie. A l'autopsie, six semaines plus tard, on trouve une tumeur dépendant du foie qui atteignait en haut la première côte, remplissant ainsi tout le thorax. Le diaphragme avait été refoulé

par cette masse. La tumeur d'un gris blanchâtre ne présentait aucune adhérence avec les parties voisines ; à la coupe on trouvait des couches fasciculées, dures ou ramollies. Il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes, qui, vraisemblablement, avait pris son origine dans le tissu conjonctif périportal.

A. MATHIEU.

XV. — Homme de 60 ans, souffrant de douleurs et de gonflement du foie. On constate une hypertrophie de l'organe et un nodule saillant que l'on considère comme une gomme ou comme un abcès. La tumeur datait de quinze jours, la douleur hépatique de trois mois. Bientôt, œdème de la paroi abdominale au niveau de la tumeur : incision qui ne ramène pas de pus, mais traverse du tissu de granulation. Au lieu de se déterger, les téguments continuent à s'infiltrer, et de petits abcès anfractueux s'y produisent, communiquant entre eux par des trajets fistuleux : de ces trajets s'écoule un liquide aqueux épais, plutôt que du pus véritable. Le malade, traité par l'iodure de potassium, se cachectise, bien que le foie ait diminué de volume. Finalement, survient de l'ascite, et la mort arrive par épuisement. On trouve à l'autopsie le foie criblé de nodules d'actinomycose, mais sans ramollissement et sous l'aspect classique de rayon de miel. L'examen histologique montre le champignon avec ses caractères connus.

H. R.

XVI. — Homme de 48 ans, malade depuis quinze jours seulement, éprouvant depuis lors une violente douleur étendue à tout l'abdomen avec maximum d'intensité à la région hypogastrique ; facies altéré, téguments de couleur jaune paille, amaigrissement considérable, région hépatique tuméfiée, foie bosselé, déformé et volumineux ; rate notablement augmentée de volume ; pas d'ascite ni de développement des veines sous-cutanées abdominales. Au bout de quelques jours, léger ictère. Un mois après le début des phénomènes douloureux, mort subite par syncope.

A l'autopsie, deux litres de sang dans le péritoine, la plus grande partie sous forme de caillots récents occupant tout l'hypochondre droit. Foie volumineux, pesant 3,600 grammes, bosselé (carcinome encéphaloïde, nodulaire) ; rate volumineuse, assez pâle. Rupture de la veine cave, qui était distendue par suite de sa compression par le bord postérieur du foie et du changement de direction que lui avait imprimé la déformation considérable du foie ; les parois de la veine cave étaient considérablement amincies. Les douleurs atroces éprouvées par le malade étaient probablement dues à la distension de la veine et des filets nerveux qui l'entourent.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Recherches expérimentales sur la pathogénie des néphrites par auto-intoxication, par GAUCHER (*Revue de méd., novembre* 1888).

II. — Néphrite bactérienne primitive, par S. PERRET (*Lyon médic., 4 novembre* 1888).

III. — De l'albuminurie et des lésions rénales consécutives aux injections d'albumine, par P. SNYERS (*Bull. acad. méd. de Belgique, novembre* 1887).

IV. — Ueber das Harngift (Le poison de l'urine), par STADTHAGEN (*Zeitsch. f. klin. Medic., XV, p.* 383).

V. — The clinical history of intermittent and latent albuminuria, par G. JOHNSON (*Brit. med. j., p.* 225, *février* 1889).

VI. — The cardiac changes in chronic Bright's disease, par LOOMIS (*New York med. journ., p.* 505, 10 *novembre* 1888).

VII. — A study of the arteries and veins in Bright's disease, par A. MEIGS (*N. York medic. Record, p.* 1, *juillet* 1888).

VIII. — Effect of rapid changes of altitude on interstitial nephritis, par CHISMORE (*New York med. journ., p.* 630, *décembre* 1888).

I. — Gaucher cherche à prouver que tous les déchets de la désassimilation, en excès dans la circulation, provoquent une néphrite par leur élimination même à travers le rein.

Les expériences ont porté exclusivement sur les substances qui proviennent de la métamorphose régressive des matières azotées à travers l'économie : leucine, tyrosine, créatine et créatinine, xanthine et hypoxanthine.

Six lapins, dans le tissu cellulaire sous-cutané desquels Gaucher injecta des solutions de ces divers produits plusieurs jours de suite et en se servant d'une solution différente pour chaque lapin, moururent après un laps de temps plus ou moins long. A l'autopsie il trouva toujours les reins atteints de néphrite épithéliale, néphrite comparable aux néphrites saturnine et cantharidienne ainsi qu'à celles déterminées expérimentalement par l'acide oxalique et la fuchsine. Les poisons animaux agissent donc sur le rein comme les poisons minéraux et végétaux. Les néphrites toxiques reconnaissent par conséquent la même pathogénie, quelle que soit la nature du poison.

Gaucher se demande si les néphrites que l'on rencontre dans bon nombre de maladies où la foie est lésé (cirrhose, ictère grave) de même que dans toutes celles rangées actuellement sous l'étiquette de maladies par ralentissement de la nutrition ne seraient pas comparables à celles qu'il a déterminées expérimentalement, car on sait que dans chacune de ces maladies la quantité des matières extractives se trouve accrue.

C. GIRAUDEAU.

II. — L'observation publiée par Perret diffère de celles de Litten, Bamberger, Babès, qu'il résume dans son travail.

Il s'agit d'une femme de 22 ans, enceinte de 5 mois et qui depuis 8 jours a des accidents de fièvre, avec céphalée, épistaxis, qui ont fait croire d'abord à la fièvre typhoïde. A son entrée à l'hôpital, on constate un peu d'œdème des membres inférieurs, du gonflement du foie; urines rares, albumineuses. Quelques jours plus tard, exanthème papuleux, congestion pulmonaire, diarrhée, abattement, fièvre vive. Avortement le 6 septembre. L'état général ne se modifie pas ; les urines, peu abondantes, sont chargées d'albumine. Peu à peu la fièvre tombe et la malade quitte l'hôpital, ayant encore de l'albumine et un rythme cardiaque faisant craindre l'apparition d'une lésion.

Perret écarte l'hypothèse d'une néphrite *a frigore* ou gravidique pour admettre l'origine bactérienne. A. C.

III. — La dyscrasie albumineuse, déterminée par les injections de blanc d'œuf, est tout à fait transitoire et cesse vingt-quatre heures après les injections. L'albumine que l'on constate dans l'urine n'est que le blanc d'œuf injecté. C'est une substance inutile qui traverse l'organisme et s'élimine naturellement par le rein sans produire de lésions. L'examen histologique des reins ne permet, en effet, de constater aucune lésion, même après que les injections ont duré trente jours. Les injections de blanc d'œuf sont donc incapables de produire, non seulement les lésions de la néphrite, mais même une albuminurie pathologique. F. H.

IV. — Stadthagen ne croit pas nécessaire, pour expliquer les effets toxiques de l'urine normale, d'admettre la présence d'un poison encore inconnu (ptomaïne, urotoxine, etc). — Pour lui l'intoxication dépend surtout des substances fondamentales et bien connues de l'urine, en particulier des sels de potasse. Le pouvoir toxique de l'urine fraîche dépasse il est vrai de 1/13 le pouvoir des produits d'incinération. Mais cet effet s'explique par l'urée qui se trouve retenue dans le sang par suite de la parésie cardiaque qu'entraînent les sels de potasse et qui, inoffensive en elle-même, devient nuisible en gênant l'excrétion cellulaire. Elle étouffe les cellules « comme la cendre étouffe le feu ». C'est à toute cette série d'actions secondaires que Stadthagen attribue les différences symptomatiques observées entre l'empoisonnement par l'urine et l'empoisonnement par les sels de potasse purs, en particulier la paralysie moins foudroyante du cœur et l'absence ordinaire de convulsions. A.-F. PLICQUE.

V. — Dans cette note, Johnson démontre que la connaissance de l'albuminurie intermittente est antérieure au mémoire de Moxon (*Guy's hosp. Rep.* 1878) et qu'il en avait publié des exemples bien auparavant. Le point intéressant n'est pas cette discussion historique rétrospective, mais bien l'opinion actuelle de Johnson sur les faits d'albuminurie intermittente. Voici ce qu'il en pense.

La présence de l'albumine, en si petite quantité que ce soit, est toujours pathologique, même avec des intervalles de disparition complète.

L'habitude de rechercher l'albumine dans toutes les urines fait voir que beaucoup de jeunes enfants sont albuminuriques du fait des maladies éruptives ou de refroidissement, sans avoir des troubles sérieux de santé. C'est une mauvaise dénomination d'appeler ces cas de l'albuminurie cyclique ou intermittente. Presque toujours une recherche attentive peut faire remonter aux origines d'une néphrite aiguë infectieuse. Celle-ci, à mesure qu'elle guérit, tend à devenir intermittente.

Inversement, une albuminurie intermittente peut se transformer en une albuminurie permanente et grave, si elle est négligée, et aboutir à la désorganisation du rein.

La conclusion clinique est qu'il faut toujours examiner les urines chez tous les sujets, quelque vigoureux et bien portants qu'ils paraissent.

H. R.

VI. — Dans le mal de Bright, l'hypertrophie simple du cœur n'est pas aussi fréquente que l'ont prétendu les auteurs anglais; l'auteur a trouvé surtout la dilatation des cavités et la dégénération des parois cardiaques.

L'hypertrophie paraît due plutôt aux lésions des artères; quand il existe une lésion rénale avec endartérite oblitérante, l'hypertrophie est associée à la dilatation et aux altérations des parois.

Quand l'importance de l'endartérite oblitérante (dans les artérioles rénales) augmente, l'hypertrophie cardiaque augmente également. Mais les lésions du rein ne sont pas seules en cause; il faut tenir compte de la diathèse fibroïde.

Dans la néphrite parenchymateuse, les lésions cardiaques sont dues à la toxhémie, au vice de nutrition causé par l'altération rénale.

L. GALLIARD.

VII. — Meigs, dont les idées se rapprochent de celles de Gull, Sutton

et Johnson, place dans les vaisseaux les lésions principales du mal de Bright.

Il a fait des coupes du cerveau, des poumons, du cœur, du foie, des reins et de la rate, et partout il a trouvé l'épaississement de la tunique interne des vaisseaux.

C'est là que se trouve la lésion principale et première, contrairement à l'opinion de Johnson, qui invoque surtout les altérations de la tunique moyenne de vaisseaux. Sur les grosses artères c'est l'athérome, et les altérations, qui existent sur les valvules et l'endocarde lui-même, montrent que si les localisations sont multiples, la maladie est une dans son espèce.

Mais ces troubles ne sont pas uniquement localisés aux artères. Les veines présentent une altération de la tunique interne toute semblable, et sur telle pièce, une coupe passant à la fois sur la veine et l'artère fémorales, il est impossible de dire, sans la présence d'une valvule, quelle est l'artère, quelle est la veine. Sur une autre préparation une veine de la surface du cœur présente des lésions semblables.

P DUFLOCQ.

VIII. — Chismore a observé pendant le voyage en chemin de fer de San-Francisco à New-York un homme de 55 ans atteint de néphrite intestitielle avec hypertrophie cardiaque, et il a noté les effets produits par les changements d'altitude pendant la rapide traversée des montagnes.

Le premier jour on s'élève à 7,017 pieds, le 3e jour à 8,235; l'ascension produit de la dyspnée, de l'oppression, de l'irrégularité du pouls; l'urine diminue; il y a cyanose, soif vive, malaise. Le 4e jour on descend à 1,000 pieds, la traversée des montagnes est terminée; au bout de 2 jours on arrive à New York. Pleurésie aigüe ; mort en 3 jours.

L'auteur attribue aux changements d'altitude l'aggravation rapide des accidents. L. GALLIARD.

Études cliniques sur les hémoglobinuries, par E. ROSSONI (*Il Morgagni, janvier* 1889).

L'auteur relate quatre observations d'hémoglobinurie développée sous des influences diverses.

Dans le premier cas, une femme scrofuleuse avec adénopathies et ostéites était atteinte d'hémoglobinurie chronique, à marche irrégulière, à accès spontanés, intermittents, de durée et d'intensité variables, accompagnés de fièvre; la maladie fut de longue durée, mais céda à un traitement reconstituant (arsenic, iodure de potassium et fer). Dans le deuxième cas, hémoglobinurie *a frigore* chez une hystérique, dont les accès étaient toujours en rapport d'intensité et de durée avec l'intensité et la durée de l'action du froid; les accès d'hémoglobinurie étaient accompagnés de violents accès d'hystérie convulsive avec troubles dans la forme et la fréquence de la respiration; la quantité d'hémoglobine du sang était au-dessous de la normale, et la réparation très lente après les accès; de fortes doses de quinine ne produisirent ni hématurie, ni hémoglobinurie. Dans les deux autres cas, l'hémoglobinurie était d'origine paludéenne : celle-ci peut être d'intensité variable, intermittente ou subcontinue.

L'auteur insiste sur ce fait que ces formes d'hémoglobinurie sont différentes et doivent être distinguées en clinique par leur étiologie ou par leur évolution. GEORGES THIBIERGE.

Acute Pancreatitis, par Reginald H. FITZ (*Boston medical journ.*, nos 8, 9, 10, *février* 1889).

La pancréatite aigüe est une affection bien caractérisée, plus commune qu'on ne le croit : cause fréquente et souvent méconnue de péritonite.

La cause ordinaire de la pancréatite est l'extension par le canal pancréatique d'une inflammation gastro-duodénale : une hémorragie dans le pancréas, soit traumatique, soit plus souvent de cause méconnue, peut déterminer l'inflammation de l'organe : l'hémorragie peut être également due à la pancréatite.

Les variétés anatomiques sont : pancréatite suppurée, hémorragique, gangreneuse. La pancréatite suppurée peut se terminer par un abcès ouvert dans l'estomac ou le duodénum, dans le péritoine ou dans le tube digestif. La nécrose graisseuse disséminée est rare.

La pancréatite hémorragique tue en 2 ou 3 jours, le sang s'épanche dans le pancréas, autour de cet organe, jusqu'au bassin : la nécrose graisseuse disséminée est commune.

La pancréatite gangreneuse succède soit à une perforation du canal intestinal ou biliaire, soit plus souvent à une pancréatite hémorragique, et tue en quelques semaines. Le processus gangreneux peut s'étendre aux parties voisines, former une loge à l'organe qui a pu s'éliminer par l'intestin.

Les symptômes essentiels sont ceux d'une péritonite débutant dans l'épigastre d'une façon subite, en pleine santé, sans cause évidente : le diagnostic est basé sur la douleur et le tympanisme limités à la région du pancréas, et sur le développement progressif d'une péritonite à siège profond dans cette région.

Le diagnostic différentiel doit s'établir entre un empoisonnement, une perforation du tube digestif ou des canaux biliaires, et l'obstruction intestinale aiguë.

Le traitement n'est que palliatif : la formation du pus dans la cavité du péritoine réclamerait l'intervention chirurgicale : peut-être pourrait-on tenter l'ablation du pancréas gangrené (puisqu'un malade de 70 ans a survécu à l'élimination de cet organe par l'intestin). MAUBRAC.

On simple ulcerative colitis and other rare intestinal ulcers, par Hale WHITE (*Guy's hosp. Rep.*, *XLV*, *p.* 131).

Le mémoire d'Hale White repose sur l'analyse de 28 cas d'ulcérations du côlon et du gros intestin liées à des causes diverses autres que la dysenterie, la tuberculose ou la fièvre typhoïde. Souvent l'origine de la colite est obscure et l'ulcération est une trouvaille d'autopsie. Elle amène parfois la perforation de l'intestin (Obs. 4-5) ou une péritonite par propagation. Elle coïncide parfois avec un ulcère de l'estomac. Presque toujours le point de départ de l'ulcération semble être l'inflammation et la nécrose des follicules de la muqueuse. Pourtant l'auteur distingue deux formes qui ne sont pas probablement la même maladie : l'une caractérisée par une ou deux larges ulcérations isolées, l'autre par une infinité de petites ulcérations folliculaires, liées souvent à une maladie infectieuse générale (rougeole, fièvre typhoïde, etc.). Dans la colite ulcé-

reuse simple on a noté la coïncidence de la goutte et d'une affection du cœur, quelquefois de la tuberculose, le plus souvent d'une néphrite interstitielle. L'affection semble intéresser plutôt les hommes que les femmes. Le symptôme prédominant est une douleur abdominale aiguë, exaspérée ou non par la pression, s'accompagnant de violente diarrhée muqueuse et parfois de vomissements. Il est rare que les garde-robes soient sanguinolentes.

La maladie est fort grave et la guérison rare. H. R.

Die Plegaphonie, par SEHRWALD (*Münchener med. Woch.*, 1er *janvier* 1889).

Dans beaucoup d'affections pulmonaires on ne peut se guider sur l'état des vibrations thoraciques, ni sur la bronchophonie, lorsque notamment le malade ne peut émettre des sons assez intenses. Dans ce cas, la voix peut être complètement remplacée, en ce qui concerne la recherche de la bronchophonie, par le bruit produit par la percussion du larynx à l'aide du plessimètre et du marteau.

Le son ainsi obtenu se transmet presque exclusivement par l'air contenu dans les bronches et fort peu par les parois trachéales, et peut être ausculté au niveau des parois thoraciques, de même que la voix.

L'intensité du son est plus forte du côté du thorax correspondant au côté du larynx percuté; elle est aussi plus grande dans l'inspiration profonde et lorsque la bouche est fermée.

Dans le pneumothorax le son prend un caractère de résonance métallique tout à fait net.

Le son est affaibli lorsqu'il existe un épanchement pleural : dans ces conditions, deux éventualités peuvent se rencontrer. Le poumon peut être atélectasié, alors le son est affaibli, mais clair et légèrement tympanique, ou bien les alvéoles sont encore perméables à l'air, et le son affaibli est mat, sans résonance, mais légèrement vibrant comme lorsque le poumon est normal.

Lorsque le poumon est infiltré, le son est très clair, très perceptible, il a une résonance métallique, et l'oreille éprouve un léger choc, peu prolongé, correspondant à une sensation tactile. P. TISSIER.

I. — Sul modo di diffondersi dei Cercomonas intestinalis, par PERRONCITO (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino, fév.-mars* 1888).

II. — Sul modo di trasporto dell' Ascaris lumbricoïdes, par A. LUTZ (*Ibidem, fév.-mars* 1888).

III. — Di un nuovo caso di parasitismo di Gordius adulto nell'uomo, par CERRUTI et CAMERANO (*Ibidem, juin* 1888).

IV. — Caso di tænia mediocanellata e di molti tænia nane..., par PERRONCITO et AIROLDI (*Ibidem, juillet* 1888).

V. — Strongle géant du rein expulsé en partie par l'urètre chez un enfant de 2 ans 1/2, par MAGUEUR (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 *février* 1888).

I. — Il ressort de cette étude que les différentes espèces de *cercomonas* existant dans le gros intestin subissent, pour acquérir la propriété d'éléments durables et d'agents de propagation, une sorte d'encapsulement analogue à celui du *megastoma entérique* et du *megastoma intesti-*

nalis. Chez le cobaye, l'auteur a observé trois sortes de *cercomonas* qu'il désigne sous le nom de cercomonas *ovalis*, *piliformis* et *sphericus*. De nombreuses observations ont démontré que les cercomonas pourvus de flagellum subissent une transformation qui reproduit la forme du protozoaire parasite, mais avec un protoplasma translucide, à épaississement périphérique indiquant la présence d'une membrane ou d'un kyste qui enveloppe et conserve le cercomonas. A ce stade d'encapsulement, favorable à la diffusion de l'espèce, on ne voit plus d'ordinaire le flagellum.

H. BARTH.

II. — Dans de nombreuses observations faites au Brésil, Lutz a constaté que la propagation de l'*Ascaris lumbricoïdes* se fait surtout par les œufs contenus dans le sol des jardins qu'on engraisse avec les excréments humains. Il a remarqué en outre que la membrane en forme de cœur qui entoure les œufs des ascarides existe toujours dans les cultures où l'on permet l'accès de l'air, et que cette membrane constitue une condition nécessaire à la diffusion du parasite. H. BARTH.

III. — Il s'agit d'un cas où le *Gordius Villoti* a été trouvé vivant à l'état adulte chez un enfant de 7 ans, qui, après de fortes douleurs gastralgiques, le rendit par vomissement. Ce Gordius était femelle et mesurait 19 centimètres de longueur, sa largeur n'atteignait qu'un millimètre. A propos de ce cas, et pour expliquer le parasitisme de ces animaux à l'état adulte chez l'homme, les auteurs supposent que leurs larves, microscopiques et abondantes dans les eaux potables, sont avalées par mégarde et qu'elles peuvent suivre leur développement et arriver chez l'homme même à l'état adulte. H. BARTH.

IV. — Observation d'un enfant de 6 ans affecté simultanément d'un tænia medio canellata et d'un millier de tænias nains qui furent rendus dans les selles à la suite d'une administration d'extrait de fougère mâle. L'examen microscopique des œufs du tænia nana a été particulièrement fait, de plus ces œufs ont été administrés à des rats blancs et à des rats de tourbière (mus decumanus), mais l'épreuve a été négative.

H. BARTH.

V. — Un enfant de 2 ans, à la suite de plusieurs hématuries accompagnées de douleurs, rendit par le canal de l'urètre un ver rougeâtre de la grosseur d'un porte-plume ordinaire et d'une longueur de 15 centimètres. L'examen fit connaître un strongle. Dans les jours suivants, des morceaux de strongle sortent à plusieurs reprises par l'urètre, puis une tumeur apparaît dans l'hypochondre gauche. On la ponctionne et l'on retire un liquide (100 grammes) sanguin contenant de l'albumine, du pus et des éléments épithéliaux. Mêmes résultats sont obtenus par l'examen de l'urine. De jour en jour les forces de l'enfant diminuent, son état général devient mauvais, et comme ultime ressource on pratique la laparotomie, qui fait découvrir une poche très tendue, de laquelle on retire un liquide noirâtre assez épais. Une contre-ouverture est faite pour le drainage de la cavité. Sutures et pansement de Lister. Mort le lendemain. OZENNE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Les épanchemens du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme (ascite et tumeurs de l'abdomen), par Pierre SÉBILEAU (*Thèse de Paris*, *n°* 116, 1889).

L'auteur termine son travail important et original par les conclusions suivantes qui le résument :

Les caractères des ascites qui accompagnent les tumeurs du petit bassin permettent de les diviser en *ascites simples, ascites gélatineuses, ascites à éléments épithéliaux, ascites à organismes inférieurs, ascites à globules rouges, ascites chyliformes, ascites bilieuses, ascites dermoïdes.*

Le péritoine présente différentes lésions qui sont : *la lavure, l'irritation, l'inflammation simple, l'inflammation spécifique.*

Il n'existe pas un seul caractère du liquide qui, envisagé isolément, permette d'affirmer qu'il provient du péritoine et non d'un kyste de l'ovaire. La proportion des matières fixes elle-même n'a qu'une valeur relative. L'ensemble de plusieurs caractères permet ordinairement le diagnostic.

Toute tumeur du petit bassin provoque l'ascite ; mais les tumeurs malignes en sont la cause la plus fréquente (kystes végétants, épithélioma de l'ovaire).

Ce n'est pas toujours la même cause qui engendre l'ascite simple ; à chaque cas convient peut-être une théorie pathogénique différente. Plusieurs raisons chez une même malade peuvent concourir pour l'expliquer. La réaction péritonéale est l'élément principal : aussi, faut-il attacher en l'espèce une grande importance à l'altération, quelle qu'elle soit, des parois de la tumeur ?

Les ascites chyliformes sont surtout le fait de la péritonite chronique. — Les ascites gélatineuses proviennent d'une rupture du kyste ou de la sécrétion de ses végétations externes. — Les ascites bilieuses sont ordinairement de provenance hémaphéique. — Les ascites sanguines sont la conséquence ordinaire des tumeurs malignes : cette loi n'est cependant pas absolue.

Les moyens ordinaires permettent le plus souvent de reconnaître l'ascite, mais ne suffisent pas à faire reconnaître la tumeur sous-jacente.

Le chirurgien peut alors avoir recours à la ponction exploratrice, ou mieux encore à l'incision.

L'ascite n'est pas toujours d'un fâcheux pronostic : elle peut faciliter l'opération ; mais la présence du liquide dans un péritoine altéré, épaissi, enflammé, est une mauvaise chose.

L'ascite, en tant qu'ascite, ne contre-indique jamais l'opération. Elle impose souvent deux précautions nécessaires : 1° la toilette du péritoine (nettoyage, lavage) ; 2° le drainage. F. VERCHÈRE.

Ueber die Behandlung von Lageveränderungen des Uterus nach der Methode von Brandt (Traitement gymnastique des déviations utérines par la méthode de Brandt), par Alfred GŒNNER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 3, p.* 65, 1er *février* 1889).

Gœnner a traité huit femmes atteintes de déviations utérines par la méthode de Brandt. Cinq d'entre elles avaient une rétroflexion simple; deux, une rétroflexion ou rétroversion avec abaissement considérable de l'utérus; enfin, la dernière, un prolapsus complet.

Les rétroflexions simples ont toutes guéri, c'est-à-dire que l'utérus a repris son antéflexion normale. Les déviations accompagnées d'abaissement ont été améliorées au point que la matrice, tout en restant un peu plus basse qu'à l'état normal, a repris sa place en antéflexion dans le bassin.

Enfin le prolapsus total (femme de 75 ans) n'a pu également être qu'amélioré.

En somme, des huit malades, sept n'ont plus besoin de pessaire et la dernière se contente d'un tampon. J. B.

Le traitement de la rétroflexion utérine et les résultats de la méthode de Ruggi, par E. MICHELI (*La Riforma medica*, 8 *et* 9 *janvier* 1889).

Le seul procédé avantageux d'après l'auteur est celui de Ruggi, redressement de l'utérus par la voie péritonéale, passage d'un fil sur l'extrémité externe du ligament rond et le repli péritonéal qui l'entoure, application avec le même fil d'un nœud coulant sur le point d'insertion du même ligament à l'utérus, rapprochement des deux extrémités et application d'une double suture du pelletier sur le repli qui en résulte ; l'opération est exécutée successivement sur les deux ligaments.

GEORGES THIBIERGE.

Report on 48 cases of Alexander's operation, par KELLOG (*Journ. of Amer., med. Assoc., p.* 793, 8 *décembre* 1888).

Voici les résultats obtenus par l'auteur dans sa pratique depuis octobre 1886 :

Sur 39 cas de rétroflexion ou rétroversion traités par le procédé d'Alexander, 26 fois l'utérus et les ovaires sont restés dans la position normale, et les symptômes qui avaient nécessité l'opération ont disparu; sept malades ont vu leur état amélioré : deux fois il y eut insuccès complet : enfin 4 cas opérés dans les trois derniers mois ont donné une guérison qui paraît devoir se maintenir.

Le raccourcissement des ligaments, sans autre opération complémentaire, a donné deux insuccès : dans deux autres cas, combiné avec la colporrhaphie, il a donné d'excellents résultats.

Pour le prolapsus des ovaires, sur 3 opérées, deux fois succès complet et une fois amélioration très sensible.

Enfin, un cas d'antéversion complète a entièrement guéri.

Puis l'auteur étudie avec soin la contractilité du ligament rond, qu'il a mise à l'évidence avec l'aide de l'électricité, et il montre que le développement des fibres musculaires du ligament et de sa contraction suit proportionnellement le développement des autres muscles de l'économie ; puis

il décrit dans le procédé opératoire quelques simplifications qui lui ont permis d'opérer 38 femmes avec anesthésie locale seulement, à l'aide de la cocaïne.

L'opération sera avantageusement pratiquée dans le cas de rétroflexion et rétroversion anciennes, surtout avec déplacement de l'utérus et prolapsus des ovaires ; dans les cas de procidence, à condition d'y joindre la colporrhaphie, parfois pour hypertrophie ou prolapsus de l'ovaire, avec douleurs ou troubles réflexes indépendants de l'utérus ; enfin pour l'antéversion extrême.

Pour prévenir la récidive, l'auteur recourt largement au massage, à l'électricité, à tous les exercices actifs ou passifs qui peuvent fortifier le développement des muscles de l'abdomen et les soutiens normaux de l'utérus et des autres viscères pelviens. MAUBRAC.

Ein neues Verfahren die Beckenorgane vom Mittelfleische aus operativ blosszulegen (Nouveau procédé pour aborder par le périnée les organes du bassin), par ZUCKERKANDL (*Wien. med. Presse, n° 7, p.* 249, 1889).

L'auteur fait à 3 centimètres en avant de l'anus une incision transversale de 7 centimètres, des extrémités de laquelle partent deux incisions, qui vont en divergeant jusqu'aux ischions, de manière à former un lambeau trapézoïde. Il pénètre ainsi dans l'espace recto-prostatique ou recto-vaginal ; puis, à droite et à gauche, il divise les attaches rectales du releveur de l'anus, ce qui lui permet d'isoler complètement le rectum jusqu'au péritoine. En attirant le rectum en bas, on peut faire descendre le repli péritonéal au niveau de la peau ; l'utérus et ses annexes viennent alors se présenter à l'orifice de la plaie ; de même la prostate.

On n'avait pas encore songé à utiliser l'espace recto-prostatique ou recto-vaginal jusqu'au péritoine, mais seulement dans sa partie inférieure.

L'auteur montre les avantages de sa méthode pour l'extirpation du rectum, pour l'extirpation totale de l'utérus, pour les opérations à pratiquer sur la prostate. L. GALLIARD.

Évacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation permanente et le drainage utérin, par DOLÉRIS (*C. R. Soc. biologie*, 21 *décembre* 1888).

1° Il ne faut agir chirurgicalement sur les annexes enflammées ou kystiques qu'après un temps d'observation suffisant, plusieurs mois au moins.

2° La dilatation de l'utérus avec des tentes, suivie du curage et du drainage, peut amener l'évacuation définitive des collections aseptiques de la trompe. On ne doit donc pratiquer l'ablation des organes qu'après avoir essayé ces moyens ;

3° La possibilité de la conception après des salpingites avérées et les conséquences matérielles et morales de la castration, sans parler de ses dangers, doivent en faire l'*ultima ratio* du traitement. P. L.

Kystes sébacés et muqueux du col de l'utérus, par CORNIL (*Bull. Soc. Anat., p.* 664, 1888).

Ces kystes, à contenus divers, étaient disséminés dans les lèvres d'un

même col utérin. Ceux à contenu sébacé ont une paroi tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié très épais; ils n'ont pas encore été signalés. Ceux à contenu muqueux sont tapissés de cellules épithéliales cylindriques, non ciliées, en dégénérescence muqueuse. A. BROCA.

Ueber cystische Bildungen in der Vagina und im Vestibulum Vaginae (Sur les formations kystiques du vagin et du vestibule du vagin), par Werner KUMMEL (*Archiv f. pathol. Anatom. u. Physiol., Band CXIV, Heft* 3).

Werner distingue les vrais kystes et les kystes gazeux du vagin. Les kystes du vagin peuvent provenir : 1) *des glandes vaginales.* Bien que celles-ci soient niées par plusieurs anatomistes, il existe dans les parois du vagin des kystes ayant un revêtement épithélial de cellules muqueuses avec des restes de conduit excréteur, et renfermant un liquide muqueux. 2) *Des restes du corps de Wolff, et en particulier du canal de Gärtner.* Semblent appartenir à ce groupe les kystes siégeant dans la portion supérieure et latérale du vagin. Ils sont profondément situés dans les parois de ce conduit; ils sont enveloppés d'une tunique musculaire et renferment une ou deux assises de cellules épithéliales munies de cils vibratiles. 3) *D'un rudiment du vagin*, qui aurait été séparé de ce conduit au moment où les deux canaux de Müller se sont fusionnés pour former un vagin unique. Ces derniers kystes ont une paroi musculaire très développée, des papilles et un épithélium à caractères variés, pavimenteux par places, cylindrique et cilié plus loin.

Les kystes du vestibule du vagin siègent : 1) sur l'hymen; 2) sur les petites lèvres. Deux cas de kystes de petites lèvres montrent : l'une, des cellules pavimenteuses; l'autre, des cellules cylindriques, pourvues les unes et les autres de cils vibratiles. Il n'y a pas, dans leurs parois, trace de conformation glandulaire, bien qu'on fasse dériver ces kystes des glandes acineuses de la face interne des petites lèvres.

Les *kystes gazeux* du vagin sont multiples et se présentent comme des points saillants et transparents remplis de gaz. Ils semblent siéger dans le système lymphatique du vagin et se former sous l'influence des microorganismes qui pullulent dans les parois du vagin. ED. RETTERER.

Zur primären Krebs d. Vagina (Sur le cancer primitif du vagin), par ZIZOLD (*Münch. med. Woch.*, nº 6, 1889).

On sait la rareté relative du cancer primitif du vagin, comparé à celui de l'utérus au point de vue de la fréquence.

Eppinger en a noté 3 cas sur 202 faits de cancer chez la femme. Gurlt, sur 11,140 femmes, trouva à l'autopsie 7,479 fois des néoplasmes bénins ou malins, dont 4,107 cancers génitaux, se répartissant en 71 de l'ovaire, 3,449 de l'utérus, 114 du vagin et 71 des parties génitales externes.

La structure du vagin, la rareté des glandes de sa muqueuse, peuvent expliquer en partie ces résultats statistiques.

Dans le cas de Zizold, il s'agissait d'un épithéliome pavimenteux.

P. TISSIER.

Experimentelle Untersuchungen ueber das weitere Schicksal der Ovarien und Tuben nach der Totalextirpation des Uterus... (**Recherches sur l'état des trompes et des ovaires après l'hystérectomie**), par **GRAMMATIKATI** (*Centr. für Gyn.*, *n°* 7, 16 *février* 1889).

Grammatikati s'est livré sur des lapines à une série d'expériences dans le but d'élucider les questions suivantes : Quelles sont les modifications histologiques de l'ovaire consécutivement à l'ablation totale de l'utérus? Quelles altérations subit l'ovaire du côté correspondant après l'ablation d'une corne utérine? Existe-t-il une différence dans les modifications de l'ovaire, suivant qu'on enlève une corne utérine seule ou avec la trompe adjacente?

Après avoir enlevé à des lapines l'utérus en totalité ou seulement une corne utérine, l'auteur a fait l'examen macroscopique et microscopique de l'ovaire un certain temps après l'opération. Il est arrivé aux conclusions suivantes : *a*) Après l'extirpation de l'utérus, les ovaires continuent à fonctionner; les vésicules de de Graaf arrivent à maturité, se rompent, et il y a formation de corps jaunes; — *b*) L'ablation simultanée de l'utérus et des trompes n'influence nullement la fonction ovarique.

Ces résultats expérimentaux ont été confirmés par l'examen des ovaires d'une femme morte trois ans après avoir subi l'amputation totale de l'utérus; ces organes ne présentaient aucune trace d'atrophie, et on put y constater des follicules de de Graaf aux diverses phases de leur évolution et des corps jaunes.

A en juger par ces résultats, on devrait toujours faire suivre l'hystérectomie de l'ablation des ovaires, afin d'éviter aux femmes les troubles périodiques si fréquents qui sont liés au fonctionnement persistant d'organes devenus inutiles. CH. MAYGRIER.

Vulvo-rectalfistel, entstanden durch den ersten Coitus (**Fistule recto-vaginale produite par le premier rapport sexuel**), par **E. SPRINGSFELD** (*Viertelj. f. gerithtl. Med.*, *L*, 70, *janvier* 1889).

Springsfeld rapporte l'observation d'une femme normalement conformée, qui, mariée à 36 ans avec un homme de 25 ans, encore vierge de rapports sexuels, subit la nuit de noce une déchirure de la paroi postérieure du vagin au niveau de la fosse naviculaire, avec production d'une fistule recto-vaginale.

La littérature ne contient que 4 autres faits de perforation de la paroi rectale survenus dans des conditions analogues ; ils sont dus à Plazzonus (*De partibus generationis Lugduni Batavorum*, 1644, p. 164), à Price (*Obstetric. Gaz.*, mai 1886), à Borakowsky (*Wratsch*, 1886, n° 46) et à Barton Hirst (*Journ. of the americ. med. Assoc.*, 1886, 5 juin, p. 638). Masalitinow (*Med. Rundschau*, 1886, n° 1) et Jessipow (*Wratsch*, 1885, n° 13) ont publié des cas de blessure de la paroi vaginale antérieure, de l'urètre ou de la vessie, dus au même mécanisme.

On trouvera également dans le travail de Springsfeld l'indication bibliographique des cas de rupture des culs-de-sac du vagin ou du périnée. J. B.

Ueber die Indication zur Castration, par FEHLING (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 15, p. 473, 1er *août* 1888).

Fehling a pratiqué 21 fois la castration des ovaires sans aucun décès. Il pose ainsi les indications et contre-indications de cette opération.

1° Fibromyomes. Dix castrations indiquées par le rapide accroissement des tumeurs, par les douleurs et surtout par les hémorragies. Dans ces dernières années, il enlève les trompes en même temps que les ovaires. Le résultat désiré a été en général rapidement obtenu, mais il n'a pas toujours été complet. La castration est beaucoup plus facile et moins dangereuse que la myomotomie.

2° Infarctus avec violentes douleurs, 1 castration sans grand profit.

3° Vices de conformation de l'utérus amenant une rétention menstruelle. Dans un cas où il existait deux petits utérus rudimentaires, l'opération a été suivie de succès.

4° Inflammation chronique des ovaires ou à leur pourtour et névralgies ovariennes rendant tout travail impossible. 4 opérations à la suite desquelles la ménopause et la disparition des douleurs ne se sont produites que très lentement, les douleurs lombaires étant très persistantes.

5° Névroses, neurasthénie, psychoses, 3 opérations. La première, chez une mélancolique ayant un corps fibreux à croissance rapide; l'opération provoqua la ménopause et la diminution de la tumeur sans modifier l'état mental. La deuxième opération concerne une femme ayant une psychose menstruelle avec un peu d'ovarite chronique ; les bons effets sur le trouble mental ne durèrent que 6 mois. Enfin la troisième opération fut pratiquée contre une hystéro-épilepsie qui ne fut guérie que pendant 5 semaines. En face de ces trois tentatives peu encourageantes, Fehling est peu disposé à les continuer.

6° Ostéomalacie, 3 cas d'opération de Porro, tous avec succès.

L'amputation tubo-ovarienne est contre-indiquée à l'approche de la ménopause normale et à un âge plus avancé, ainsi qu'en cas d'inflammations aiguës. J. B.

Removal of the uterine appendages. A report of the more remotes results (Ablation des annexes de l'utérus ; résultats éloignés), par Halliday CROOM (*Americ. J. of the med. sc.*, p. 577, *décembre* 1888).

Sur 34 cas rapportés, l'opération fut faite six fois pour des fibromes hémorragiques, deux fois pour des métrorragies, trois fois pour une simple dysménorrhée, quatre fois pour des hématosalpinx, une fois pour une double hydrosalpinx et dix-huit fois pour des salpingo-orphoritis simples ou blennorragiques.

Dans tous les cas de fibromes, le traitement d'Apostoli a été complètement inutile. Il en fut de même dans les cas de métrorragies simples.

La castration donna des guérisons définitives.

Les résultats ont été favorables dans les opérations faites pour salpingo-ovarites, sauf deux cas d'éventration et un cas de fistule pelvi-abdominale.

Dans ce groupe de dix-huit, six opérées virent complètement disparaître les règles ; dix furent réglées à des intervalles irréguliers, et deux dans

lesquelles un ovaire avait été laissé continuèrent à être parfaitement réglées.

Dans les trente-quatre cas, sauf deux exceptions, les annexes furent totalement enlevés des deux côtés. F. VERCHÈRE.

Thirty (30) cases of fibro-myomata of the uterus treated by electricity, par STEAVENSON (*St Barth. Hosp. Rep., XXIV, p.* 89).

Steavenson publie en détail 30 observations de fibromes utérins traités par la méthode d'Apostoli, au moyen de courants continus. En tout, il y eut 235 applications de ces courants, de dix minutes en moyenne ; 124 fois l'électrode intra-utérin fut positif, 87 fois négatif.

Les résultats thérapeutiques furent les suivants : 8 fois il y eut guérison presque complète, les malades cessant de souffrir et leur tumeur diminuant beaucoup. Dans 15 autres cas il y eut amélioration, surtout au point de vue des troubles fonctionnels et des métrorragies, sans que la tumeur fût modifiée. Dans un cas, la tumeur fut enlevée chirurgicalement; dans un autre, une pneumonie intercurrente suspendit le traitement. Dans 4 cas, il n'y eut aucune amélioration. Deux fois après une amélioration passagère, des accidents se reproduisirent. Enfin, il y eut un cas de mort par ulcération d'un gros vaisseau de l'utérus. H. R.

Weitere Laparotomien wegen Uterusmyomen, par ALBERT (*Wien. med. Presse, n°* 2, *p.* 49, 1889).

L'auteur a publié, en 1888, le résultat de 20 laparotomies pour myomes utérins, avec un seul décès; il en a pratiqué 10 nouvelles sans insuccès, de sorte que sa statistique donne en tout un décès sur 30 opérations. Dans tous les cas, il a amputé l'utérus. Dans un cas, il a enlevé, outre le myome utérin, un kyste parovarique; une autre fois, il a opéré un kyste du pancréas en même temps que le myome.

Il a l'habitude d'opérer dans l'amphithéâtre, devant 200 ou 300 personnes. Il insiste sur la nécessité d'employer dans chaque cas des éponges neuves.

L'auteur a pratiqué d'autre part 30 ovariotomies sans un seul décès.

L. GALLIARD.

Travaux d'obstétrique, par AUVARD (3 *vol., Paris,* 1889).

Le premier volume est une réédition des différents mémoires qui ont trouvé déjà dans la *Revue* une indication. Le deuxième et le troisième volume contiennent des recherches inédites sur l'adipose et la puerpéralité, sur le mécanisme de la sortie des épaules, sur le tamponnement intra-utérin, sur l'étude des annexes ovulaires, sur la délivrance, sur les déchirures vulvaires après l'accouchement, sur la hauteur de l'utérus pendant le *post partum*, sur l'extraction de la tête dernière, sur les présentations en général, et en particulier celles du front et de l'abdomen, sur l'obliquité latérale de l'utérus gravide, sur la mort subite puerpérale, sur le diagnostic de l'époque de l'accouchement. L'auteur relate dans ces diverses parties un grand nombre d'observations intéressantes, mais qui échappent à l'analyse. Je me bornerai à citer quel-

ques-unes des opinions qui m'ont paru présenter le plus d'originalité ou le plus d'intérêt pratique.

1° L'auteur croit, contrairement à la plupart des accoucheurs, que, dans le dégagement des épaules, ce n'est pas l'antérieure, mais la postérieure qui sort la première. Il est vrai qu'il soulève la tête pendant l'accouchement et favorise l'issue primitive de l'épaule postérieure.

2° Le tamponnement intra-utérin, d'abord préconisé par Leroux dans les hémorragies utérines, a été complètement oublié. L'auteur le recommande. Cependant, les hémorragies graves sont très rares et cèdent à un traitement qui expose moins les femmes à l'hémorragie interne ou à la septicémie. Sur les quelques et peu nombreuses observations rapportées par l'auteur, il y a deux cas de mort et plusieurs cas de complication fébrile pendant les couches.

3° Les torsions du cordon peuvent se produire pendant que le fœtus vit et interrompre la circulation funiculaire.

4° Le mécanisme du passage de la tête dernière à travers les bassins rétrécis au détroit supérieur dans le diamètre antéro-postérieur, est basé sur la flexion de la tête, ce point est connu et admis et sur son asynclitisme. L'auteur pense que ce n'est pas le pariétal antérieur qui s'engage le premier, mais le pariétal postérieur. Enfin, à mesure que le diamètre bimalaire, le diamètre bitemporal, le diamètre bipariétal passent au détroit supérieur, la tête présente un mouvement de rotation qui tourne la face en arrière. Il n'admet donc pas les opinions soutenues par Champetier. Il accorde à la manœuvre de Mauriceau une importance prépondérante dans le dégagement de la tête et pense qu'accessoirement il est utile d'imprimer des mouvements latéraux à la tête autour d'un axe antéro-postérieur, par un mouvement de va-et-vient, de façon à faciliter le dégagement du pariétal postérieur et la rotation de la face en arrière.

5° Dans son mémoire sur les présentations, l'auteur s'efforce de réhabiliter les présentations de l'abdomen. Pour cela, il divise les présentations du tronc (*cormiques*, suivant son expression) en présentation du thorax (épaules des auteurs) et présentation de l'abdomen. Il reconnaît à cette dernière présentation les quatre variétés des lombes, du flanc droit, du flanc gauche et de l'ombilic. Tandis que les présentations du tronc indiquent la décollation, les présentations de l'abdomen indiquent l'éviscération. Dans la classification des présentations du sommet, il désire qu'on établisse une place spéciale aux présentations du front.

6° L'inclinaison de l'utérus à droite n'est qu'apparente pendant la grossesse. Elle dépend d'un manque d'égalité et de concordance dans le développement des deux moitiés de l'organe. La forme de l'utérus paraît jouer enfin un rôle important dans la situation du fœtus.

L'auteur a montré un souci réel d'exposer clairement ses idées, et il y a réussi. L'édition est soignée. De nombreuses figures facilitent l'intelligence des descriptions. PORAK.

Der Höhestand des Fundus Uteri bei der Geburt (La hauteur du fond de l'utérus pendant l'accouchement, par HOFFHEINZ (*Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, *XV*, 2).

Chez cent parturientes Hoffheinz a recherché la hauteur de l'utérus à la fin du travail. Aux différentes phases de la période d'expulsion, il a mesuré la distance qui séparait le fond de l'utérus du bord supérieur de la symphyse d'une part, et du sommet de la tête fœtale de l'autre. Ces mensurations lui ont permis de faire les constatations suivantes. Dans tout accouchement normal, le fond de l'utérus a, pendant la période d'expulsion, une tendance à s'élever. Or la pression intra-abdominale agissant en sens inverse, il en résulte que le fond de l'utérus conserve une situation invariable, sauf à deux moments bien distincts : 1° à chaque contraction, le fond de l'organe s'élève de 1 à 2 centimètres; puis il revient à sa hauteur primitive dans l'intervalle des contractions.

2° Il s'élève de 8 centimètres et conserve cette hauteur même pendant l'intervalle des contractions, au moment où la tête franchit les organes génitaux externes.

CH. MAYGRIER.

De la disposition des fibres élastiques dans l'utérus gravide et de son importance pour expliquer quelques phénomènes de l'accouchement, par L. ACCANCI (*Giorn. d. R. Accad. di medic. di Torino*, n° 2, 1889).

Au 6e mois de la grossesse, les fibres élastiques sont très abondantes dans toute l'épaisseur du col; elles entourent les fibres musculaires; la couche externe du col est presque entièrement formée de fibres moyennes ou grêles disposées dans tous les sens; au niveau de l'isthme, les fibres élastiques sont un peu moins abondantes que dans le col, mais beaucoup plus nombreuses que dans le corps où elles sont très fines et forment un réticulum autour des fibres musculaires. En somme, le développement des fibres élastiques suit la règle inverse de celui des fibres musculaires. Cette disposition explique pourquoi le col de l'utérus disparaît et se dilate et comment se forme le segment inférieur : le tissu musculaire ne produirait que la contraction et non la dilatation du col, tandis que la production d'un abondant tissu élastique amène facilement ce dernier effet.

GEORGES THIBIERGE.

Du prolapsus de l'utérus gravide, par GORODICHZE (*Thèse de Paris*, 1889).

Travail basé sur quatre observations inédites, rares et intéressantes, de prolapsus incomplet de l'utérus gravide, communiquées par Charpentier (2 obs.), par Budin (1 obs.) et par Maygrier (1 obs.).

Les observations anciennes se rapportant à cette importante complication de la grossesse et de l'accouchement sont pour la plupart dépourvues d'authenticité suffisante. L'auteur a recueilli 25 observations de date récente. C'est à l'aide de ces matériaux qu'il décrit cette cause de dystocie.

Une augmentation de la pression intra-abdominale, l'effort, la diminution des moyens de suspension de l'utérus, le relâchement du vagin et du périnée, en sont théoriquement les causes. On l'a observé 23 fois sur 25 observations chez des multipares; 4 fois sur 25 il s'est produit au

moment de l'accouchement. Douze fois sur 25 il a apparu soit pendant des grossesses antérieures (6 fois), soit avant la grossesse actuelle (6 fois).

Le prolapsus de l'utérus gravide est un accident des premiers mois de la grossesse, il est habituellement incomplet. Les observations de prolapsus complet à terme ne semblent pas authentiques. Il existe une autopsie de prolapsus complet de l'utérus chez une femme enceinte de 6 mois (Winter). Ordinairement l'utérus remonte spontanément dans la cavité abdominale à mesure qu'il augmente de volume. Lorsque ce phénomène ne s'accomplit pas, des accidents d'enclavement se produisent et précèdent l'avortement (5 fois sur 17 cas).

Le prolapsus du col et du segment inférieur coiffant la partie fœtale peut être observé au moment du travail sous l'influence soit des contractions abdominales, soit des tractions exercées par un instrument, le forceps, par exemple.

Dans le prolapsus de l'utérus, le travail est ordinairement prolongé (24 à 48 heures), et cet accident nécessite souvent une intervention telle qu'incisions sur le col, opérations diverses pour extraire le fœtus.

PORAK.

Hernia of parturient uterus... (**Hernie de l'utérus gravide à travers la ligne blanche**), par **Ch. HAGNER** (*Journ. of Amer. med. Assoc., p.* 302 *et* 311, 29 *mars* 1889).

Mme B... a eu 2 enfants, en 1884 et 1886 ; à la suite de la dernière grossesse, hernie ombilicale petite et facilement maintenue.

En 1888, troisième accouchement : la tête était déjà engagée, lorsque la femme sentit tout à coup une douleur très vive ; l'abdomen, normal jusqu'à ce moment, était devenu beaucoup plus volumineux ; l'utérus avait abandonné la cavité abdominale, et était recouvert par la peau seulement, aussi amincie qu'une feuille de papier. Aussitôt, application de forceps qui amène une enfant vivante : l'utérus est rentré assez facilement dans l'abdomen, et la femme guérit sans conserver aucun inconvénient de cet accident : elle continue seulement à porter, comme avant son accouchement, un bandage abdominal.

S. Adams a relevé 19 cas de hernie de l'utérus gravide : 7 fois la hernie était inguinale, 1 fois crurale, 5 fois ombilicale et 6 fois ventrale.

Pour les hernies inguinales on pratiqua 50 opérations césariennes et 10 opérations de Porro : le travail fut abandonné à lui-même dans un cas : comme résultat, quatre mères ont guéri et six enfants ont vécu. Pour les hernies abdominales et ventrales, on s'est borné à soutenir l'utérus. Le résultat est inconnu pour deux malades : les neuf autres donnent neuf mères guéries et neuf enfants ayant vécu. MAUBRAC.

What is the normal posture for a parturient woman ? par **KING** (*Amer. Journ. of obst., avril* 1889).

Après avoir passé en revue les différentes positions qu'on a conseillé de faire prendre aux femmes au moment du travail, King arrive à cette conclusion qu'il n'y a pas une posture unique qu'on puisse regarder comme normale. La même position conservée pendant tout le travail affaiblit et épuise les forces de la parturiente, met obstacle au mécanisme normal de l'accouchement et augmente la durée et l'intensité des douleurs. Des changements convenables de situation donnent des résul-

tats absolument opposés. Ces changements sont indiqués lorsque la femme les désire instinctivement, lorsque le travail se suspend, lorsque la parturiente est irritable et se désespère.

Malheureusement, l'influence des différentes postures de la femme sur le mécanisme de l'accouchement dans les diverses présentations et positions nous est encore inconnue. Aussi le choix d'une posture spéciale pour un cas donné ne pourra-t-il être déterminé nettement qu'après de nouvelles études sur ce sujet. CH. MAYGRIER.

Ueber die Complication von Schwangerschaft und Geburt mit Tumoren der Beckenorgane (Conduite à tenir en cas de tumeurs pelviennes compliquant la grossesse ou l'accouchement), par FEHLING (*Correspondenz-Blatt f. schw. Aerzte*, n° 22, *p.* 700, 15 *novembre* 1888).

1° Tumeurs des ovaires. Dès qu'elles ont dépassé la grosseur d'une orange et causent des troubles de la grossesse, il y a lieu de pratiquer l'ovariotomie ; en revanche, l'accouchement prématuré artificiel et la ponction doivent être rejetés.

Durant l'accouchement, on doit pratiquer la réduction de ces tumeurs sous le chloroforme ou leur ponction par le vagin ; puis on attendra que l'accouchement s'opère spontanément ou, s'il y a lieu, on pratiquera les opérations obstétricales nécessaires.

2° Fibromyomes. Fehling préfère l'expectative à l'avortement artificiel érigé en principe. Si la tumeur donne lieu à des accidents graves de compression ou d'hémorragie, on recourra alors, selon le cas, à l'amputation utérine susvaginale ou à l'avortement.

Durant l'accouchement, il est parfois possible de refouler les myomes sous-séreux, sinon il vaut mieux attendre. Si le travail s'arrête, on aura à choisir entre le forceps, l'extraction, la version et même la perforation. Si l'accouchement est impossible, on fera l'opération césarienne ou celle de Porro.

3° Cancer du col. Si possible, on pratiquera, dans le deuxième ou le troisième mois de la grossesse, l'extirpation totale de l'utérus, après avoir provoqué l'avortement artificiel. Les indications de l'excision susvaginale du col sont très restreintes. Les opérations palliatives, telles que raclage, application de l'écraseur, etc., doivent être complètement rejetées, à cause de l'expulsion prématurée du fœtus qu'elles entraînent si souvent.

Quand il est impossible de faire l'ablation dans le tissu sain, la conservation du fœtus devient la chose principale ; aussi y a-t-il lieu de repousser l'accouchement prématuré artificiel à cause de ses dangers.

Durant l'accouchement, on facilitera le passage par des incisions ou par l'extraction de portions de la tumeur, et, éventuellement, on recourra au forceps pour faciliter l'extraction du fœtus. La version forcée est mauvaise. Quand le fœtus est mort, on pratiquera la perforation le plus tôt possible. La perforation du fœtus vivant est une mauvaise opération qui doit être remplacée par l'opération de Porro. J. B.

Pregnancy and operative surgery. Their mutual relations, par Mc. Lane TIFFANY (*Transact. of Americ. surg. Assoc.*, *VI*, *p.* 467).

Tiffany a résumé dans ce travail toutes les observations publiées de-

puis la discussion de cette question au Congrès de Genève (1877); ces observations sont au nombre de 36, opérations d'urgence ou non, faites dans le cours de la grossesse. Sur ces 36 cas, il y a eu 9 fois interruption de la grossesse, 9 et demi, dit l'auteur, car dans un cas la malade, qui avait une grossesse gémellaire, avorta d'un des jumeaux et l'évolution de la grossesse se poursuivit pour le second. Sur ces 9 accouchements prématurés ou avortements, on peut en retrancher 3 où la femme était à terme; restent 6 cas sur 36.

Tiffany conclut que la grossesse est un état physiologique et ne contre-indique pas une intervention opératoire; que la principale cause d'avortement est non l'hémorragie, mais la septicémie. Le choc opératoire peut cependant l'amener. Si une opération est décidée, il faut, plus que chez d'autres malades, s'assurer du bon état de fonctionnement des organes. A. C.

Die Mikroorganismen des Nabelschnurrestes (Les micro-organismes du cordon ombilical), par CHOLMOGOROFF (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XVI,* 1).

A la suite d'études bactériologiques entreprises sur les divers modes de pansement du cordon ombilical (ouate hydrophile, lanoline, plâtre en poudre), Cholmogoroff est arrivé aux conclusions que voici. Le cordon du nouveau-né ne contient pas de bactéries; elles ne peuvent donc y arriver que du dehors. On rencontre dans le cordon des microbes non pathogènes (*sarcina lutea* et *bacillus subtilis*) et des microbes pathogènes, constitués par les staphylocoques *albus*, *aureus* et *citreus*, et par le *streptococcus pyogenes*. Les modifications subies par le cordon avant sa chute dépendent du mode de pansement employé : ce sont la mortification ou la momification. Le ramollissement humide favorise la présence de nombreux microbes pathogènes et non pathogènes. Lorsqu'il y a au contraire dessiccation du cordon, il faut lui considérer deux segments au point de vue des bactéries : l'un périphérique, plus long, où se développent exclusivement des microbes non pathogènes ; l'autre, situé tout près de l'ombilic, plus court, où l'on trouve à la fois des microbes inoffensifs et des microbes pathogènes, mais ces derniers en très petit nombre.

Le pansement avec la ouate hydrophile recouverte de plâtre en poudre (Sutugin) est celui qui favorise le mieux la dessiccation, et sous lequel se développent le moins de microbes.

Les microbes pathogènes du cordon sont identiques à ceux de l'infection puerpérale; mais leur développement est indépendant de toute manifestation puerpérale chez la mère ainsi que de l'ophtalmie des nouveau-nés. CH. MAYGRIER.

Sur un cas d'atrophie musculaire des quatre membres, à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles, par DESNOS, JOFFROY et PINARD (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 15 *janvier* 1889).

Il s'agit d'une femme de 31 ans, fatiguée par deux grossesses antérieures, anémiée par une métrite hémorragique et atteinte depuis 2 ans d'une pelade rebelle. Vers la fin du quatrième mois d'une troisième grossesse, à la suite de vomissements, apparaît une atrophie rapide des quatre membres avec

hypothermie et affaiblissement des fonctions intellectuelles. Conservation de la sensibilité cutanée, musculaire et électrique. L'accouchement prématuré fut provoqué, et dès lors l'amélioration générale se manifesta; l'atrophie disparut peu à peu sous l'influence de l'électricité galvanique, et la guérison survint. D'après les auteurs, on a eu affaire dans ce cas soit à une myélite, soit à une névrite parenchymateuse généralisée. Pour Féréol, chargé d'un rapport sur cette observation, le diagnostic pourrait être ainsi posé : atrophie dyscrasique ou dénutrition généralisée causée par l'épuisement.

OZENNE.

De la formation de la bosse séro-sanguine chez les fœtus morts, par H. PIOT (*Thèse de Paris*, 1889).

Quelques accoucheurs pensent que la bosse séro-sanguine ne peut se former sur la partie fœtale qui se présente pendant le travail que si l'enfant est vivant. On conçoit l'importance médico-légale de cette donnée. Telle n'est pas l'opinion de l'auteur, qui donne la relation de quatorze observations de formation de bosse séro-sanguine pendant le travail sur des fœtus morts. Il est vrai que dans la plupart des cas il s'agit d'enfants qui ont succombé pendant le travail. Lorsque le fœtus succombe, la bosse préalablement constituée ne se ramollit donc pas et persiste.

PORAK.

De la présentation primitive de la face, par LANSELL (*Thèse de Paris*, 1888).

L'existence des présentations primitives de la face est encore contestée par quelques accoucheurs. L'auteur en a réuni quelques observations publiées, une observation personnelle, sept observations inédites qui lui ont été communiquées par Mme Henry.

Les présentations primitives de la face se transforment quelquefois en présentation du sommet, soit par flexion de la tête, soit par flexion et par rotation. Le plus souvent, elles deviennent définitives au moment de l'accouchement.

Lorsqu'elles sont reconnues pendant la grossesse, on doit en effectuer la réduction. Cette opération n'est pas toujours facile à exécuter. Lorsque la présentation vicieuse est réduite, il est nécessaire de la maintenir à l'aide d'une ceinture appropriée. PORAK.

Contribution à l'étude de l'engagement latéral de la tête, par Ed. KOHN (*Zeitschrift für Heilkunde, vol. IX, n° 6, p.* 433, 1888).

En neuf mois, l'engagement latéral a été observé 19 fois sur 2,002 accouchements, à la maternité de Vienne. Breisky signale comme causes les formes en rein, en 8 ou en cœur du détroit supérieur; il faut y ajouter le bassin plat. La tête est le plus souvent fléchie; la déflexion est presque toujours légère et se transforme. Sur 9 cas étudiés en détail, la tête était toujours à gauche; 5 fois l'accouchement a été spontané; on a dû intervenir 2 fois avec le forceps et deux fois perforer le crâne.

LEFLAIVE.

Bassin cyphotique. Obstacle apporté à l'accouchement par le rétrécissement du diamètre bisciatique, par BUDIN. (*C. R. S. biologie*, 1er *décembre* 1888).

L'auteur rapporte une observation dans laquelle il a constaté clinique-

ment l'arrêt de la tête, au niveau du détroit moyen de l'excavation, sur les épines sciatiques. Il analyse le mécanisme d'après lequel la tête, avant d'arriver au niveau des tubérosités ischiatiques, peut, dans un bassin en entonnoir, se trouver arrêtée plus ou moins longtemps sur ces épines : c'est, dans ce cas, le rétrécissement du diamètre bisciatique qui constitue le principal et même l'unique obtacle à la sortie du fœtus.

PAUL LOYE.

Two placentas. One child, par CHURCH (*N. York med. record, p.* 180, *août* 1888).

Accouchement normal. La pression sur le ventre fait expulser le placenta quelques minutes après. Mais, au bout d'un certain temps, une hémorragie se déclare. La main introduite ramène un second placenta n'ayant que deux pouces et demi de diamètre. Il en part un cordon mince de dix pouces de long, formé d'une veine et de deux artères et qui vient s'insérer à peu près à la moitié de la longueur du cordon principal. P. DUFLOCQ.

Beiträge zum Mechanismus der physiologischen Lösung der Placenta, par ZINSSTAG (*Arch. für Gyn.*, *XXXIV*, 2).

Les conclusions de ce travail, basé sur un certain nombre d'observations et sur des recherches personnelles, peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

Le mécanisme admis par Schultze pour le décollement et la sortie du placenta est artificiel et ne se produit que lorsque des tractions sont exercées volontairement ou involontairement sur le cordon ombilical.

Quand aucune traction n'a lieu sur le cordon, le placenta se décolle le plus souvent suivant le mécanisme invoqué par Duncan, qui est le plus conforme à la réalité.

L'hématome rétroplacentaire auquel Ahlfeld fait jouer un rôle capital dans le décollement du placenta n'est nullement nécessaire; dans 47 0/0 des cas où la sortie du placenta s'opère par son bord ou sa face utérine (Duncan), il n'y a pas une goutte de sang sur les membranes, et dans 52 0/0 des cas où le placenta sort par sa face fœtale le sac formé par les membranes est vide de sang.

La méthode de délivrance la plus favorable est celle de Credé; c'est celle que l'auteur recommande avec insistance. CH. MAYGRIER.

Die Bedeutung des Porro'schen Kaiserschnittes... (Les indications de l'opération de Porro), par W. SUTUGIN (*Centr. für Gyn., n°* 6, 9 *février* 1889).

En regard de l'opération césarienne simple dont les résultats sont aujourd'hui si remarquables, il y a des indications spéciales pour l'opération de Porro. Pour Sutugin, la section césarienne doit être suivie de l'amputation utéro-ovarique dans les conditions suivantes : 1° dans les rétrécissements du bassin, quand des manifestations d'endométrite septique existent pendant le travail; 2° dans les cas où la grossesse est compliquée d'une tumeur utérine dont l'ablation est désirable; 3° chez les femmes épuisées, affaiblies par les accouchements répétés, lorsqu'on espère, en supprimant les dangers des suites de couches, relever l'organisme; 4° dans les ruptures de l'utérus avec issue du fœtus dans la cavité péritonéale.

L'auteur a pratiqué cette opération avec succès dans un cas d'endométrite infectieuse.

Femme de 19 ans, primipare, entrée le 19 août 1888 à la Maternité de Moscou. Les dernières règles datent de novembre 1887; la grossesse paraît à terme. Cette femme est en travail depuis la veille; la poche des eaux est rompue, et il s'écoule par les organes génitaux un liquide brunâtre, légèrement fétide. La température est de 38°,3, le pouls est à 120. Le col est dilaté dans la largeur de deux doigts; le fœtus se présente par le sommet en deuxième position; on entend les battements du cœur à droite. La parturiente est rachitique, de petite taille, et le diamètre conjugué vrai ne mesure que 6 centimètres. Les symptômes d'endométrite infectieuse sont évidents; ils doivent être attribués à des examens répétés faits par une sage-femme, sans aucune précaution antiseptique. Devant l'état grave de la femme, et étant donnée l'étroitesse du bassin, l'opération de Porro est résolue. Chloroformisation. Incision de la paroi abdominale; puis un lien élastique est placé autour du col. L'utérus est ouvert, et on extrait un enfant qui est en état d'asphyxie, mais qu'on a pu ranimer. Le placenta, inséré sur la face postérieure de l'utérus, est enlevé avec les membranes, qui ont une couleur jaunâtre. Puis la ligature élastique est retirée, et l'utérus est sectionné au niveau de l'orifice interne et enlevé avec ses annexes. Traitement extrapéritonéal du pédicule, qui est fixé à la partie inférieure de la plaie abdominale. Pansement antiseptique. La femme est guérie au bout d'un mois.

L'enfant a été pris dès le second jour d'accidents infectieux, ictère grave, etc., et est mort le cinquième jour. CH. MAYGRIER.

Ueber Castration bei Osteomalacie, par FEHLING (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 35, *p.* 718, 27 *août* 1888).

Chez les femmes ostéomalaciques, l'opération de Porro a un meilleur pronostic que l'opération césarienne, et l'impossibilité d'une nouvelle conception exerce une influence heureuse sur la maladie du squelette. C'est cette dernière considération qui a décidé Fehling à pratiquer, dans tous les cas d'ostéomalacie, alors même qu'il n'y a pas d'indication spéciale, la castration ovarienne au moment de l'accouchement.

Sur ses 3 opérées, 2 ont guéri si parfaitement qu'elles sont redevenues aptes au travail (*R. S. M.*, XXI, 209, et XXIII, 227). J. B.

Methods of craniotomy, par A. DONALD (*Trans. of the obst. Soc., janvier et février* 1889).

Le but de ce travail est de faire ressortir les avantages qu'offre la perforation de la tête dernière sur la crâniotomie dans les présentations du sommet.

La crâniotomie est indiquée : 1° lorsqu'on a échoué avec le forceps ou lorsqu'on ne peut extraire la tête par la version; 2° quand il est certain ou très probable que l'enfant est mort; 3° quand l'état de la mère est trop grave pour qu'on puisse faire l'opération césarienne avec des chances de succès; 4° dans certains cas de malformation fœtale.

Dans les bassins légèrement rétrécis, lorsqu'on ne réussit pas à entraîner la tête dans l'excavation avec le forceps, on peut, sans enlever l'instrument, faire la perforation entre les cuillers et extraire ensuite la tête.

Mais dans les rétrécissements marqués du bassin, l'auteur recommande la version podalique, puis la perforation par la voûte palatine,

la céphalotripsie sur la tête dernière, et enfin l'extraction de la tête, soit avec le céphalotribe, soit à l'aide de tractions exercées sur le tronc, et combinées à des pressions sus-pubiennes. Il considère que cette méthode offre les avantages suivants : la base du crâne est broyée sûrement; la tête est bien fixée pendant la perforation et le broiement; la position de la tête peut être facilement modifiée de manière à permettre d'appliquer le céphalotribe dans différentes directions, ou à ramener aisément le diamètre diminué par le broiement dans les plus petits diamètres du bassin ; enfin, souvent, les tractions sur le corps du fœtus combinées à l'expression sus-pubienne suffisent à extraire la tête.

Dans la discussion à laquelle prirent part Champneys, Galabin, Routh, etc., les objections faites à cette méthode ont porté principalement sur la difficulté de faire la version en pareil cas, sur celle d'extraire le tronc du fœtus, sur celle enfin de perforer et broyer la tête dernière. CH. MAYGRIER.

I. — **Erfahrungen über Einleitung der künstlichen Frühgeburt** (**Statistique d'accouchements prématurés artificiels**), par **OERI** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, nº 8, *p.* 249, 15 *avril* 1888).

II. — **Même sujet**, par **VOEGTLI** (*Idem*, *p.* 251).

I. — Oeri a pratiqué sur 7 femmes 10 accouchements prématurés artificiels (2 fois chez une et 3 fois chez une autre). Une seule des 7 femmes était primipare. L'indication était toujours un rétrécissement du bassin, compliqué, dans un cas, de rétrécissement cicatriciel du vagin. Chez 6 femmes, le rétrécissement était assez modéré pour qu'Oeri n'ait interrompu la grossesse qu'à la fin de la trente-quatrième semaine (8 fois), et même 1 fois de la trente-cinquième. L'accouchement ne fut provoqué qu'une fois dans la trente-deuxième semaine ; c'est le seul enfant qui ait succombé de faiblesse au bout de peu de semaines. Des 9 autres 8 sont en vie, et le dernier, qui se développait bien, est mort de pneumonie à 8 semaines.

Chaque fois, l'accouchement prématuré a été provoqué, en prenant toutes les précautions antiseptiques et par la méthode de Krause.

Oeri se sert de bougies creuses en celluloïd qu'il laisse à demeure. Ces bougies ont l'avantage de supporter l'ébullition, mais ensuite, on ne peut guère les introduire sans mandrin, vu leur flexibilité, et elles n'excitent que faiblement l'utérus. Pour introduire la bougie, plusieurs fois, il a fallu saisir la lèvre antérieure du col avec une pince à griffes, afin de redresser le canal cervical.

La moyenne du séjour de la bougie dans l'utérus a été de 57,3 heures ; les extrêmes ont été 110 et 17 ; une fois, il y avait simultanément deux bougies.

En même temps qu'à la bougie, Oeri a eu recours 3 fois à la dilatation du vagin, qui, 6 autres fois, a été employée alternativement avec la bougie ; à ce même effet, Oeri a effectué une fois le tamponnement du vagin. Une fois, il a recouru conjointement aux bougies, à la dilatation vaginale et au dilatateur intra-utérin. Dans un cas, il a commencé par se servir de la douche de Kiwisch, mais sans succès, et a dû appliquer la bougie. Comme excitants auxiliaires, il a eu 2 fois recours, sans aucun résultat, soit au seigle ergoté, soit à l'ergotine.

La rupture de la poche des eaux n'a jamais été provoquée intentionnellement ; 3 fois, elle s'est produite partiellement, avant l'apparition des douleurs, de 1 heure 1/2 à 4 heures après l'introduction de la bougie. Les premières contractions utérines sont survenues 2 fois aussitôt après l'application de la bougie, et les 8 autres fois dans un laps variable d'un quart d'heure à 11 heures 1/2. Dans plusieurs cas, les contractions, après avoir été énergiques, ont cessé sans que les bougies se fussent déplacées.

La durée totale de l'accouchement a été en moyenne de 74,8 heures, le maximum de 110 heures et le minimum de 31 heures.

6 se sont terminés sans intervention nouvelle ; 3 fois Oeri a fait la version podalique, 1 fois il a appliqué le forceps.

Les autres opérations ont consisté 4 fois en sutures du périnée ou du vagin, 2 fois en une délivrance artificielle, 1 fois en extraction de restes de membranes et 1 fois en enlèvement de caillots consécutifs à une hémorragie secondaire par atonie utérine.

Les 10 enfants sont venus au monde vivants, 3 d'entre eux en état d'asphyxie. Un enfant avait une paralysie faciale et un autre une parésie d'un bras ; tous deux ont guéri. Les 8 survivants se développent parfaitement bien.

II. — Voegtli a pratiqué 7 accouchements prématurés artificiels, dont 4 sur 2 femmes ; toutes étaient multipares. L'indication lui fut toujours fournie par un rétrécissement pelvien ; les enfants antérieurs de ces femmes étaient tous venus morts.

Voegtli a obtenu 5 enfants vivants, les 2 autres sont morts pendant l'accouchement. Des premiers, 2 ont succombé quelques jours plus tard par débilité congénitale. Toutes les accouchées se sont relevées au bout de 12 ou 14 jours.

Si, au point de vue des enfants, Voegtli a eu des résultats moins bons que ceux d'Oeri, c'est qu'il a d'ordinaire dû provoquer l'accouchement dès la trente-deuxième semaine.

Voegtli se sert toujours de bougies pleines.

La pratique de Voegtli s'écarte encore de celle d'Oeri en ce qu'il introduit la bougie de 8 centimètres au moins entre l'utérus et les membranes, qu'il perfore alors d'un coup sec, avant d'enfoncer le reste de la bougie et de la laisser en place. Voegtli combine donc les méthodes de Krause et de Scheel. Ce procédé mixte a l'avantage de hâter les contractions et d'abréger l'accouchement, qui est terminé généralement en 24 ou 36 heures ; une seule fois, il a duré 72 heures. J. B.

Deux observations d'œuf secondaire, par V. GAUTIER (*Revue médic. Suisse romande, VIII*, 499, *août* 1888).

Il s'agit de 2 cas de grossesse gémellaire interrompue par une hémorragie qui amena la mort d'un des fœtus, lequel ne fut expulsé sous forme de môle que quelques jours après l'accouchement à terme du jumeau vivant.

1er *cas*. Femme de 28 ans secundipare ; au 3e mois de sa deuxième grossesse, elle offre tous les symptômes préliminaires d'un avortement. Néanmoins, la grossesse arrive à son terme, et la femme accouche d'un enfant

vivant. Le 8e jour des couches, elle expulse l'œuf secondaire sous forme d'une môle charnue. Cette femme a eu un 3e enfant deux ans plus tard.

2e *cas*. Femme de 40 ans quinquipare. Pas de malaises notables avant le début du 9e mois de la grossesse, où apparurent des troubles gastriques : nausées, vomissements, éructations. Toutefois, à la fin du 3e mois, à la suite d'une vive émotion, elle avait éprouvé une sensation de malaise indéfinissable avec tendance à la syncope, et le lendemain ses traits étaient encore altérés. Elle accoucha à terme d'un enfant vivant, un quart d'heure après la rupture des membranes. Mais une demi-heure après la délivrance, elle perdit encore des eaux, et les tranchées utérines durèrent 4 jours, et le 5e la femme expulsa une poche membraneuse. Rétablissement parfait (*R. S. M.*, II, 745, et XXXI, 150). J. B.

Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus, par A. CHARTIER (*Thèse de Paris*, 1889).

Ce travail est basé sur la publication de 20 observations inédites, quelques-unes personnelles à l'auteur, la plupart communiquées par Doléris, et 6 autres observations empruntées à différents auteurs. L'auteur soutient que la septicémie puerpérale est presque toujours entretenue par la présence, dans la cavité utérine, d'un foyer de fermentation. Les injections intra-utérines sont impuissantes à le combattre et à le détruire. Il faut donc recourir au curage utérin à l'aide de la curette tranchante. Cette intervention ne peut d'ailleurs être suivie de succès que si l'on prend avant, pendant et après, des précautions antiseptiques rigoureuses. Quelques observations paraissent concluantes.

PORAK.

MALADIES DES ENFANTS.

Traité pratique d'hygiène de l'enfance, par J. UFFELMANN, traduction de BŒHLER (1 *vol. in*-8° *de* 803 *pages*, *Paris*, 1889).

Par son étendue, par la multiplicité des détails dans lesquels il entre, le traité d'hygiène de l'enfance d'Uffelmann échappe à l'analyse, et nous ne pouvons que signaler ici ses têtes de chapitres. Après une longue étude sur la morbidité et la mortalité de l'enfance et sur l'étiologie des principales maladies infantiles, l'auteur aborde l'étude de l'hygiène proprement dite. L'alimentation de l'enfant forme le chapitre le plus important parmi ceux consacrés à l'hygiène privée ; l'auteur examine ensuite ce qui a trait à l'hygiène de la peau, de l'habitation, des organes de la respiration, des systèmes osseux et musculaire, au sommeil de l'enfant, à l'hygiène des sens et de la santé intellectuelle, aux habitudes vicieuses funestes à la santé. L'hygiène publique de l'enfant comprend l'hygiène des aliments, l'hygiène générale des habitations et la prophylaxie des maladies contagieuses. Dans une série de chapitres intéressants, l'auteur étudie ensuite l'hygiène scolaire, l'hygiène des enfants employés dans les fabriques, les ateliers et dans l'agriculture, puis les asiles pour

les enfants d'ouvriers, l'assistance des enfants abandonnés, des enfants trouvés et des enfants en nourrice, les établissements pour les enfants moralement abandonnés, l'assistance publique des enfants en voyage et des enfants malades. On trouvera résumés dans ces différents chapitres une foule de renseignements statistiques, d'analyses chimiques d'aliments, etc., de documents sur l'organisation administrative et hospitalière des différents pays d'Europe, qu'il est utile de posséder parce qu'il est souvent nécessaire de les consulter. Par cette richesse de détails, par la variété des sujets traités, le soin apporté à leur étude, le livre d'Uffelmann rendra les plus grands services aux étudiants, aux médecins, aux conseils d'hygiène et aux établissements d'instruction publique, auxquels l'auteur l'a destiné. Malgré la quantité des documents accumulés, la lecture en est facile, et la traduction dont nous avons à rendre compte en facilitera la connaissance aux nombreux lecteurs français auxquels le livre s'adresse. GEORGES THIBIERGE.

Untersuchungen über den Mageninhalt der Säuglinge unter normalen und pathologischen Verhaeltnisse (**Recherches sur le contenu de l'estomac chez les nourrissons sains et malades**), par **LEO** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 41, *p.* 838, 8 *octobre* 1888).

Leo a fait ses recherches, d'abord, sur 30 nourrissons bien portants, dont l'âge était compris entre deux heures et douze mois; il retirait le contenu stomacal avec une sonde.

Immédiatement après le repas, la réaction de ce contenu varie : elle est neutre ou alcaline chez les enfants allaités au sein, neutre ou faiblement acide chez ceux nourris au lait de vache ou aux succédanés.

Chez les nouveau-nés et les enfants à jeun, l'estomac renferme toujours un liquide fortement acide. On n'a trouvé d'acide libre que vers la fin de la digestion; auparavant il n'y a que des sels acides, parce que le lait s'empare immédiatement des acides et les neutralise. C'est là une nouvelle preuve de l'utilité du régime lacté dans l'ulcère simple.

On constate toujours la présence de pepsine et de ferment de la présure; on trouve aussi constamment du mucus et, chez les nouveau-nés, souvent du sang, soit qu'il ait été avalé, soit aussi qu'il indique un début de catarrhe gastrique.

Le contenu de l'estomac était extrait dans un temps variable d'une heure à une heure trois quarts après l'ingestion du lait, chez les enfants allaités au sein, et au bout de deux heures chez les autres.

Comme produit de la digestion, on trouvait au bout d'une demi-heure de la propeptone, à laquelle ensuite se joignait de la peptone. La digestion principale semble donc s'effectuer dans l'intestin grêle.

Chez les nourrissons malades (catarrhe gastro-intestinal, constipation, etc.), la réaction était toujours acide, en partie à cause de la présence d'acides volatils et d'acide lactique. On constatait aussi l'existence de la pepsine et du ferment de la présure. Mais la digestion stomacale paraissait considérablement retardée, ce que Leo rattache à une sorte d'atonie de la tunique musculeuse. J. B.

Ueber Gährungsvorgänge im kindlichen Darmcanal (**Les processus de fermentation dans le canal digestif de l'enfant**), **par A. BAGINSKY** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 533, 25 *juin* 1888).

Escherich a signalé, dans les matières fécales normales des enfants nourris de lait, la présence obligée de deux bactéries qu'il a désignées sous les noms de b. aérogène du lait et de b. banale du côlon. D'après lui, la première de ces bactéries exerce une action fermentative intense sur les substances hydrocarbonées et transforme notamment le sucre de lait en acide lactique, acide carbonique et hydrogène.

Baginsky a repris l'étude de la bactérie aérogène du lait et est arrivé aux résultats suivants, qui diffèrent sensiblement de ceux d'Escherich :

1. La fermentation du sucre de lait qu'elle provoque ne fournit qu'une minime proportion d'acide lactique et donne en même temps lieu à de l'acétone.

2. La masse principale d'acide produit est de l'acide acétique.

3. La production d'acide acétique s'effectue aussi bien en l'absence d'oxygène qu'en présence de l'air.

4. Les éléments de la bile n'empêchent pas la fermentation acétique.

On peut conclure avec certitude de ces faits qu'au sein du tube intestinal où l'oxygène manque et où l'on trouve de la bile il s'effectue le même genre de fermentation du sucre de lait.

5. La bactérie aérogène du lait transforme le lactate neutre en butyrate.

6. Elle n'exerce aucune action saccharifiante sur la fécule.

7. La décomposition de la fécule ne fournit de l'acide acétique qu'en présence de l'oxygène.

8. La bactérie aérogène ne putréfie pas la caséine ; son besoin d'oxygène est faible.

9. Les gaz accompagnant la formation de l'acide acétique sont l'acide carbonique, le méthane et l'hydrogène. Il s'agit donc non pas d'une fermentation lactique, mais d'une fermentation méthanique de l'acide acétique.

10. Cette bactérie décolore le bleu de méthylène et produit par conséquent une certaine quantité de substances réductrices qui sont capables, par diffusion, d'exercer leur action à distance.

Eu égard à ces propriétés biologiques, Baginsky propose de substituer à la dénomination de bactérie du lait, déjà appliquée à d'autres bactéries de ce liquide, celle de bactérie acétique.

Lorsque la fermentation du sucre de lait a duré un certain temps, les plaques de culture restent stériles. La bactérie est donc morte pendant la fermentation. Comme le produit essentiel de celle-ci est l'acide acétique, on devait supposer que c'était lui qui tuait la bactérie. Une expérience directe a prouvé la justesse de cette hypothèse. Le développement de la b. acétique cesse quand on additionne la gélatine sucrée d'une minime quantité d'acide acétique; au contraire il est très vigoureux dans la gélatine alcalinisée.

Les matières fécales des enfants atteints de catarrhe gastro-intestinal renferment deux bactéries ayant la propriété de liquéfier rapidement la gélatine. L'une d'elles, qui est très répandue, se rencontre aussi dans l'eau, et sécrète une matière colorante verte ; elle est sans doute iden-

tique à celle que Hayem et Lesage (*R. S. M.* XXXI, 158) ont regardée comme étant la cause de la diarrhée verte. L'autre espèce de bactérie, qui ne se rencontre que dans les matières fécales, produit des colonies blanches et liquéfie la gélatine à partir de la surface; Baginsky l'a baptisée bactérie liquéfiante blanche. Elle tue rapidement les souris et exerce vraisemblablement aussi ses effets pathogènes dans le catarrhe gastro-intestinal. Or, si l'on place cette bactérie liquéfiante blanche avec la bactérie acétique dans de la gélatine sucrée, elle ne se développe pas et liquéfie seulement la gélatine. La bactérie acétique jouit donc de la propriété d'empêcher la croissance de certaines bactéries pathogènes de l'intestin.

Il ressort de ces observations qu'une médication parasiticide des affections digestives peut être plus nuisible qu'utile, lorsqu'on la fait routinièrement. Cela est d'autant plus vrai que les processus de fermentation ne sont que le point de départ de la maladie, et que dès que les lésions consécutives des parois intestinales sont un peu accusées, les médicaments antifermentatifs ont peu d'efficacité.

On ne doit pas non plus négliger l'enseignement empirique. L'expérience a montré que le calomel à petites doses est très efficace au début de la dyspepsie infantile. Or, si on additionne une gélatine nourricière sucrée d'une faible quantité de calomel, la bactérie acétique ne s'y développe pas; le calomel est donc capable d'interrompre la fermentation acétique du sucre de lait. En revanche, Morax a montré qu'il ne peut arrêter la putréfaction de l'albumine.

De même, la bactérie acétique végète mal ou point du tout dans la gélatine additionnée de petites quantités d'acide borique ou de résorcine, tandis qu'elle végète bien dans celle où l'on a mis de grandes quantités de naphtaline ou d'iodoforme. J. B.

Tumors of the brain in childhood (Tumeurs cérébrales dans l'enfance), par Allen STARR (*Med. News*, 12 *janvier* 1889).

Dans cette étude, l'auteur a rassemblé 300 cas de tumeurs cérébrales observées chez des sujets au-dessous de 19 ans; 152 tumeurs tuberculeuses, 37 gliomes, 34 sarcomes, 5 gliosarcomes, 30 kystes, 10 cancers, 2 gommes, 30 sans indication de nature.

Au point de vue du siège, ces tumeurs se répartissent ainsi : ventricules latéraux, 27; tubercules quadrijumeaux, 21; pont de Varole, 38; moelle, 6; base du cerveau; 8; 4e ventricule, 5; cervelet, 96; tumeurs multiples, 43; écorce cérébrale, 21; centre ovale et corps calleux, 35.

Starr insiste sur la difficulté du diagnostic de la nature de la tumeur et sur la rareté des indications d'une intervention chirurgicale. Sur ces 300 cas, 19 ont été l'objet d'une intervention, avec succès dans 16 cas. A. C.

Ueber Schaedellücken im frühen Kindesalter (Des lacunes traumatiques du crâne dans la première enfance), par HENOCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 29, *p*. 581, 16 *juillet*, *et n*° 26, *p*. 532, 25 *juin* 1888).

1er cas. Enfant âgé de 5 mois. Bien portant jusqu'à l'âge de 4 semaines, où se produisirent des convulsions, de l'amaigrissement et une tumeur du crâne, placée au-dessus de l'oreille droite, grosse comme un rein, rénitente, élastique, disparaissant en partie par la pression, augmentant par les cris et se

laissant traverser par la lumière; la peau était mobile au-dessus. Cette tumeur occupait la région inférieure du pariétal droit et s'étendait sur toute l'écaille temporale. Un sillon la divisait en deux parties dont l'antérieure était la plus volumineuse; tout autour de la tumeur on percevait nettement un rebord osseux tranchant. Le reste du crâne était normal, les sutures étaient fermées et les fontanelles n'étaient pas plus grandes que d'habitude; l'enfant n'avait plus de convulsions. Une ponction de la tumeur avec la seringue de Pravaz donna issue à un liquide clair ambré, contenant une quantité notable d'albumine, mais point de sucre ni d'autres éléments anormaux. A la suite de deux nouvelles ponctions et d'une injection iodée pratiquées dans l'espace d'une huitaine, le liquide ne se reproduisit plus, et en moins d'une quinzaine la tumeur avait presque entièrement disparu. Mais l'enfant succomba à l'épuisement. Autopsie : au niveau de la tubérosité pariétale droite, lacune de 1 cent. 1/2 de large, dirigée de bas en haut et d'avant en arrière et comblée par une membrane fibreuse très résistante; entre l'épicrâne et le péricrâne, vestiges pigmentés d'un épanchement sanguin. A 2 centimètres au-dessus de la lacune et parallèle à elle se voyait une dépression de l'os commençant à la suture coronale et longue de 4 centimètres ; une dépression moins considérable existait au niveau du pariétal gauche, immédiatement au-dessus de l'écaille temporale. Fausses membranes récentes et brunâtres sur la dure-mère du côté droit. Pie-mère et dure-mère pigmentées en jaunâtre et adhérentes à la membrane calleuse qui comble la lacune. Encéphalite chronique interstitielle se présentant, suivant les points, sous forme de sclérose ou au contraire de ramollissement.

2e cas. Fillette de 3 mois, athrepsique et atteinte de broncho-pneumonie. Depuis 2 mois, elle est sujette à des convulsions qui durent parfois 2 ou 3 jours. Au niveau du pariétal droit, proéminence aplatie, molle, élastique, grossissant par la toux, longue de 6 centimètres sur 3 de large, de conformation irrégulière et bordée par un rebord osseux saillant; dans la profondeur de la tumeur on sentait une lacune osseuse triangulaire. Une ponction exploratrice fournit du sang. Mort dans le collapsus. Autopsie. Au niveau du pariétal droit, lacune à bords épais, longue de 6 centimètres et large de moitié, descendant en bas jusqu'à l'écaille temporale. Cette lacune était remplie par une membrane fibreuse dense, adhérente au dehors avec le péricrâne et au dedans avec la dure-mère et la pie-mère. L'une et l'autre méninge étaient cicatricielles et pigmentées de brun, elles adhéraient au cerveau, qui, comme dans l'autre cas, renfermait des tractus de tissu conjonctif partant de la fracture et se rendant dans le centre ovale; quelques-uns de ces tractus presque cartilagineux s'étendaient jusque dans le corps strié droit.

Henoch rattache ces deux faits non aux lacunes congénitales, mais aux lacunes traumatiques dont s'est surtout occupé Weinlechner (*R. S. M.* XXI, 225, et XXVII, 268). A la suite d'une chute restée ignorée, il s'est produit d'abord une fissure du crâne qui graduellement, par résorption du tissu osseux des bords, s'est transformée en large fente ou en lacune. La pression exercée par le cerveau, en gênant la formation du col droit, favorise aussi l'agrandissement de la fente primitive.

Henoch est persuadé que dans un certain nombre de cas de convulsions mortelles inexplicables l'autopsie révèlerait, comme dans ces deux faits, l'existence d'une encéphalite traumatique. J. B.

Méningite chronique syphilitique et atrophie cérébrale chez les enfants, par Angel MONEY (*Brit. med. j., p.* 243, *février* 1889).

L'auteur montre deux exemples de lésions cérébrales imputables à la syphilis héréditaire. Il s'agit d'enfants atteints d'hydrocéphalie. Le crâne était

natiforme, les choroïdes chroniquement enflammées. Progressivement se développèrent une hémiplégie spastique gauche, puis une hémiplégie spastique droite. On trouva à l'autopsie le cerveau et la dure-mère adhérents, les artères cérébrales malades, et le tissu encéphalique atrophié et sclérosé aux points correspondant aux artères malades : l'épendyme granuleux et épaissi.

Dans le second cas, il y avait atrophie et sclérose de l'hémisphère gauche sans lésions des méninges ni des artères, bien que l'affection fût également d'origine syphilitique. H. R.

Contribution à l'étude des méningites chroniques et spécialement d'une terminaison fréquente chez les enfants, l'idiotie, par Eug. PÉNASSE (*Thèse de Paris*, n° 278, 1888).

Cette thèse se compose, pour la majeure partie, d'observations provenant du service de Bourneville. D'après l'auteur, les causes ordinaires de la méningite chronique chez les enfants sont la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme des parents. La conséquence de cette affection chez les enfants est le plus souvent l'arrêt de développement du cerveau, d'où la démence et l'idiotie. Les lésions consisteraient surtout en épaississement et rétrécissement des artères du cerveau; il semble que Pénasse fasse une très petite part aux lésions encéphaliques elles-mêmes. La méningite syphilitique amènerait surtout la démence ; la méningite chronique d'origine tuberculeuse, surtout l'idiotie ; le pronostic de cette dernière variété est presque toujours fatal; la terminaison habituelle paraît être une poussée de méningite tuberculeuse aiguë secondaire.

PIERRE MARIE.

I. —Ueber den Werth des Aspirationsmethode bei Hydrocephalus chronicus, par C. PFEIFFER (*Wien. med. Presse*, n° 44, *p.* 1569, 1888).

II. — Du traitement chirurgical de l'hydrocéphalie congénitale, par HENOCH (*Berlin. klin. Woch.*, n° 47, *p.* 954, 19 *novembre* 1888).

I. — La méthode des ponctions répétées n'a donné, chez deux sujets traités à la clinique de Mosler, que des résultats passagers. Elle expose à des accidents fébriles. Il faut la réserver pour combattre les complications menaçantes, comme les convulsions qui paraissent causées par la compression du cerveau. L. GAILLARD.

II.—Chez cinq enfants atteints d'hydrocéphalie chronique, Henoch a pratiqué des ponctions de la tumeur à plusieurs reprises. Six fois à de courts intervalles chez l'un d'eux ; chez deux, il a même fait ensuite des injections iodées. Or, s'il n'a jamais vu ce traitement donner lieu à des accidents, il ne l'a pas davantage vu efficace. (*R. S. M.*, XXXI, 155.)

J. B.

Anatomie de l'hydrocéphalie et de la compression cérébrale, par S. AUTON (*Med. Jahrb.*, *Heft* 4, 1888).

L'agrandissement des cavités ventriculaires se fait surtout aux dépens de la substance blanche des hémisphères. Ses fibres, surtout celles des corps calleux, sont atrophiées et moins nombreuses. Les faisceaux pyramidaux sont fortement réduits de volume. Cette atrophie se poursuit dans la moelle. Huguenin et Rumph ont décrit des symptômes de dégéné-

rescence des cordons latéraux de la moelle dans l'hydrocéphalie. Friedrich a constaté chez un enfant de 2 ans 1/2 la dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal. TISSIER,

Periodical paraplegia, par DANA (*New York med. Record., p.* 21, 5 *janv.* 1889).

Petite fille de 9 ans, bonne santé, malade depuis janvier 1888. Depuis cette date elle a eu six attaques de paraplégie, durant chacune de 3 jours à 6 semaines.

La 1re survint 3 jours après une légère chute sur les genoux; pas de douleur, électricité, guérison. La dernière parut en octobre; le 23 au matin elle se plaint de ses pieds et ne peut marcher. L'auteur la voit 6 jours après, paraplégique, remuant les membres et pliant légèrement les pieds. Ceux-ci sont en varius équin, les jambes sont raides et rigides, les réflexes exagérés, pas de troubles de la sensibilité. La vessie et l'intestin fonctionnent bien; 3 jours plus tard, elle se tient debout sans marcher, on l'amène en voiture à la clinique; là, par suggestion et par persuasion, elle marche pendant une demi-heure, et s'en va à pied soutenue par un aide. Suit la bibliographie des cas semblables : Pernel, Cavarré, Romberg, Gibney, Westphall, Fischol, Cousat, Suckling, Sacchi.

Il s'agit d'un cas de paraplégie périodique hystérique. P. DUFLOCQ.

Ueber Lungenhernie und Lungenabszcess in ersten Kindesalter (Sur la hernie du poumon et l'abcès du poumon dans la première enfance), par HOCHSINGER (*Wiener med. Wochenschrift*, nos 39, 40, 41, 42, 1888).

L'auteur rapporte le cas d'un enfant de 7 mois qui avait la rougeole depuis 4 semaines, avec une pneumonie catarrhale double; au bout de 6 semaines, l'enfant lui fut de nouveau présenté avec une tumeur qui était apparue dans la région dorsale, il y a 3 semaines. De plus, depuis une semaine, l'enfant était atteint de coqueluche En l'examinant, on pouvait constater au-dessous de l'omoplate, dans le 7e espace intercostal, une saillie de la grosseur d'une noix présentant tous les symptômes d'une pneumocèle. Après réduction, le doigt pouvait pénétrer dans un orifice situé dans la continuité de la 6e côte. L'enfant succomba au bout d'un mois.

L'autopsie montra un abcès dans le poumon gauche qui faisait saillie à travers la paroi thoracique; il n'y avait pas de bacilles de la tuberculose dans le pus de cet abcès.

L'abcès, situé au niveau de la 6e côte, avait donc déterminé une inflammation adhésive des plèvres viscérale et costale, puis, sous l'influence des quintes de toux, il avait déterminé une usure de la côte. La pneumocèle était alors constituée. BARBE.

Pulmonary gangrene treated by incision and drainage, par PASTEUR (*Brit. med. j., p.* 879, *octobre* 1888).

Enfant de 7 ans; au bout de huit jours d'une affection fébrile obscure, hémoptysie et signes de gangrène pulmonaire. A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence d'une caverne développée au sommet du poumon droit. Incision du deuxième espace intercostal tout près du sternum: issue de fragments de poumon gangreneux et de sanie putride. La cavité se prolongeant indéfiniment, on pratique une contre ouverture au niveau du sixième espace. Amélioration considérable et disparition de la toux les premiers jours, mais rechute et réapparition des phénomènes gangreneux le dixième jour. A l'autopsie, péricardite septique récente et large gangrène pulmonaire, due à la présence d'une ulcération de l'œsophage qui faisait pénétrer dans le poumon des parcelles alimentaires. H. R.

I.— Purulent pericarditis successfully treated by aspiration and drainage, par DICKINSON (*Br. med. j., p.* 1219, *décembre* 1888).

II. — Pyopericarditis associated with osteo-myelitis, par PARKER (*Ibidem, p.* 1219, *décembre* 1888).

I. — Enfant de 10 ans, atteint de pleurésie et de péricardite au cours d'un abcès de la région fessière : dyspnée considérable, cyanose, œdème de la poitrine. On ponctionne la plèvre trois fois de suite, presque sans bénéfice chaque fois, avec émission de 30 onces de sérosité. Le cyanose persiste. On ponctionne alors le péricarde et l'on retire du pus, qui se reproduit très vite après trois tentatives de ce genre; une ponction et une incision du péricarde est pratiquée, avec établissement d'un drain à demeure : mais l'épanchement pleural persiste, toujours séreux et nécessitant de nouvelles ponctions. Finalement, guérison au bout de deux mois, après 12 ponctions pleurales et 4 ponctions péricardiques.

II. — Enfant de 9 ans souffrant depuis cinq semaines d'ostéomyélite du tibia, compliquée d'arthrite suppurée du genou. Au cours de l'affection se déclare une péricardite à symptômes obscurs, mais à marche rapide, qui nécessite bientôt une ponction, laquelle ramène du pus. Celui-ci se reproduit, et, cette fois, Parker incise largement le péricarde. Mais en lavant la cavité péricardique pour en faire sortir d'épaisses fausses membranes, l'enfant a une syncope et meurt subitement. L'incision avait été faite dans le quatrième espace, à gauche du sternum.

H. R.

Ueber Lebercirrhose bei Kindern (**Sur la cirrhose du foie chez les enfants**), **par HENOCH** (*Charité Annalen, p.* 636, 1888).

Henoch rapporte l'histoire d'une cirrhose hypertrophique survenue chez une petite fille de 10 ans. Son étiologie est restée obscure. La cirrhose est considérée somme rare chez les enfants. Cela tient à ce qu'on en exclut la syphilis hépatique. Cependant la sclérose du foie, d'origine syphilitique, peut présenter absolument les allures de la cirrhose. Après la syphilis et l'alcoolisme, il faut incriminer la tuberculose comme cause d'hépatite chronique chez les enfants. La cirrhose tuberculeuse, provoquée souvent par la présence de quelques tubercules, accompagne quelquefois la péritonite tuberculeuse. L'infection hépatique pourrait se faire par le hile en suivant les ramifications de la veine porte. Du reste, d'autres infections peuvent avoir pour conséquence la cirrhose hépatique. C'est un fait sur lequel ont déjà insisté, en France, Laure et Honorat.

ALBERT MATHIEU.

De la fièvre et des complications dans la varicelle, par PUIG (*Thèse de Paris, n°* 360, 1888).

L'auteur rapporte 14 observations personnelles avec courbes thermiques qui justifient les contradictions des auteurs ; la fièvre peut exister ou faire défaut dans la varicelle ; elle n'a pas de caractère fixe, constant, et varie d'un cas à l'autre, elle se présente surtout quand l'éruption se fait par poussées successives. Parmi les complications, il énumère successivement les convulsions du début (exceptionnelles), le rash scarlatiniforme, les localisations sur les muqueuses (bouche, pharynx, œil, vulve, prépuce), la gangrène, le phlegmon, la néphrite, l'érysipèle et les furoncles.

H. L.

Ueber Nephritis nach Varicellen, par L. UNGER (*Wien. med. Presse*, n° 41, *p.* 1449, 1888).

Unger a recueilli sept cas de néphrite varicelleuse chez des enfants de 20 mois à quatre ans. La complication est survenue de six à douze jours après la dernière poussée de vésicules.

Sur les sept cas, il y a deux faits de néphrite catarrhale bénigne guérissant en quatre jours et ne donnant lieu à aucun phénomène général.

Quatre cas sont plus sérieux : fièvre (38°,5), troubles gastro-intestinaux, abattement: dans l'urine, globules rouges et blancs, cylindres hyalins et granuleux, cellules épithéliales dégénérées, beaucoup d'albumine. Cependant pas d'anasarque. La néphrite dure de huit à douze jours, les enfants guérissent.

Enfin un cas de néphrite parenchymateuse vraie. Il s'agit d'un garçon de 4 ans, à peine remis d'une pneumonie grave et contractant la varicelle. Chez lui, la néphrite s'annonce par la fièvre (39°5) et l'hématurie. L'urine contient de nombreux éléments figurés, des cylindres granuleux, beaucoup d'albumine. Le sujet a du ténesme vésical, de l'anasarque, de la dyspnée, des vomissements. La néphrite dure plusieurs semaines. La convalescence est fort longue. L'enfant finit par guérir. L. GALLIARD.

Ueber Nephritis und Albuminurie im Abdominaltyphus der Kindern (Sur la néphrite et l'albuminurie dans le typhus abdominal des enfants), par A. GEIER (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXIX, Heft* 1).

L'albuminurie est une manifestation très fréquente dans le typhus abdominal de l'enfance ; elle apparaît le plus souvent dans la première ou au commencement de la seconde semaine, quelquefois le 2e jour ; sa durée est variable, généralement de 1 à 2 semaines. Les symptômes d'insuffisance rénale y sont encore plus rares que chez l'adulte ; pas plus que chez ce dernier, il n'existe de forme rénale du typhus. Dans l'enfance, les maladies infectieuses, telles que la scarlatine, prédisposent à la néphrite les sujets atteints du typhus consécutivement.

La fièvre, l'albuminurie et les symptômes nerveux sont la conséquence de l'intoxication de l'organisme par le poison produit par le bacille typhique. BARBE.

Acute articular rheumatism in the nursing infant, par KOPLIK (*N. York med. Journ.*, *p.* 673, 23 *juin* 1888).

1° Fille de six mois, nourrie au sein, bien portante jusque-là, atteinte de gonflement et de chaleur du pied gauche, puis du poignet et des articulations digitales du même côté ; fièvre, transpiration. Six jours après le début, l'auteur constate la tuméfaction des articulations métatarso-phalangiennes ; le dos du pied est œdémateux ; mêmes signes à la main gauche et au coude. Température : 105,5 F. Pouls : 180. Respirations : 48. Rien au cœur. Bronchopneumonie aiguë. Au bout de trois jours, défervescence progressive ; deux jours plus tard (11 jours après le début), apparition d'une éruption scarlatineuse et plus tard desquamation caractéristique. En tout, le gonflement douloureux des jointures dure huit semaines. Pas d'endocardite.

2° Rhumatisme des articulations métatarso-phalangiennes chez une fille de neuf mois, puis gonflement des doigts. Fièvre, vomissements, toux due à une bronchite aiguë. Rien au cœur. Guérison complète en trois semaines.

L. GALLIARD.

I. — Ueber infectiöse Kolpitis kleiner Mädchen vulvo-vaginite infectieuse des petites filles), par v. DUSCH (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, *p.* 831, 1888).

II. — Note sur la contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles, par A. OLLIVIER (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 23 *octobre* 1888).

I. — Dusch a observé en deux ans et demi, dans son service, 19 cas de vulvo-vaginite infectieuse, parmi lesquels 9 d'origine hospitalière. Les sujets avaient de 1 an 1/2 à 12 ans ; la plupart de 2 ans 1/2 à 4 ans. Dans le pus se trouvait constamment et pendant toute la durée de la maladie le gonococcus de Neisser, ou du moins un microorganisme absolument semblable, habitant les globules de pus et se colorant par le bleu de méthyle ou le violet de gentiane. La durée moyenne de l'affection était de sept semaines.

Le traitement a consisté en injections avec des solutions de sublimé, d'acide phénique, de thaline.

L'étiologie est intéressante. Dans deux cas, l'enfant avait un frère ou une sœur atteints de blennorragie ; trois fois la maladie existait chez les parents. Tous les enfants appartenaient à des familles pauvres, malpropres, entassées dans des chambres exiguës.

A l'hôpital, la maladie paraît avoir été propagée par le personnel, par la main des infirmières, etc., spécialement chez les scarlatineuses. La scarlatine crée une prédisposition certaine à la vaginite blennorragique.

Ces faits prouvent qu'il existe une vulvo-vaginite infectieuse des petites filles, virulente, causée par le gonococcus, essentiellement contagieuse.

Dès qu'on l'observe il faut se hâter d'isoler complètement les sujets.

L. GALLIARD.

II. — Ollivier donne la relation de 15 cas de vulvo-vaginite survenue chez des petites filles dans les circonstances suivantes. En juillet, deux enfants étaient entrées à l'hôpital pour cette affection ; au bout de trois semaines on en constatait de nouveaux cas, et bientôt on comptait 13 enfants atteints de la même maladie. D'après l'auteur, la contagion a dû se faire par les mains des infirmières et les objets servant au nettoyage. Ce qui semble bien le prouver, c'est que le jour où les éponges ont été remplacées par du coton hydrophile et où les infirmières ont pris soin de se laver les mains, pareils faits ne se sont pas renouvelés.

OZENNE.

Cancer généralisé à marche aiguë chez une enfant, par P. GUTTMANN (*Berlin. klin. Woch.*, n° 11, *p.* 238, 18 *mars* 1889).

Fillette âgée de 14 ans et demi, malade depuis cinq mois à peine. Admise à l'hôpital pour des vomissemenis, elle était pâle et apyrétique. L'abdomen était rempli, de la symphyse au nombril, par une tumeur ovoïde, lisse, ayant les dimensions d'une tête de petit enfant. Malgré l'absence de bruits cardiaques fœtaux, on crut tout d'abord à une grossesse, parce que les règles n'avaient pas reparu à la suite de rapports sexuels répétés.

Mort le sixième jour, sans autre phénomène qu'une dyspnée occasionnée par le rapide développement de la tumeur.

Autopsie. Cancer des deux ovaires, dont le gauche avait été pris pour l'utérus gravide, tandis que le droit, plus petit, simulait une tête de fœtus.

Utérus virginal offrant à son fond un noyau cancéreux.

Les deux trompes sont infiltrées de tissu cancéreux.

Cancers du grand épiploon, du péritoine, des reins, de l'oreillette droite, de la face postérieure du sternum et de la face postérieure de l'aorte.

Les noyaux cancéreux viscéraux sont mous et sont composés de nombreuses cellules, les unes rondes, les autres polymorphes. J. B.

Zwei Fälle von Pyämie bei jungen Säuglingen (2 cas d'infection purulente chez de jeunes nourrissons), par **A. BAGINSKY** (*Berlin. klin. Woch.*, n° 11, *p.* 239, 18 *mars* 1889).

1er *cas.* Enfant âgé de 16 jours, admis pour une omphalite avec ictère intense. La sécrétion du nombril, légèrement purulente, renfermait deux espèces de bactéries, de fins bacilles et des microcoques. Gonflement rénitant, brillant des avant-bras et du membre inférieur gauche qui est rétracté.

Mort vingt-quatre heures après l'entrée.

Autopsie. Les artères ombilicales contiennent des caillots sanguins ayant subi dans la droite une fonte purulente partielle; veines ombilicales libres. Infarctus pulmonaires. Cœur normal. Rate grosse et molle. Reins et foie ne paraissant pas altérés à l'œil nu. Pas de développement des plaques de Peyer.

L'incision des membres tuméfiés donne issue à une grande quantité de pus renfermant un streptocoque.

Sous le microscope, les reins contiennent de petits foyers de bactéries, d'embolies et de mortification.

Les lymphatiques des poumons et du foie renferment de grandes quantités de streptocoques; le parenchyme hépatique est intact.

Les cultures pures décèlent toujours la même forme de streptocoque.

Les inoculations à des animaux et une auto-inoculation sur l'homme montrent qu'il s'agit du streptocoque pyogène.

2e *cas.* Enfant de 4 semaines atteint d'intertrigo causé par un phimosis. A l'âge de 13 semaines, il est pris de convulsions avec fièvre intense, ictère modéré, ballonnement du ventre et eczéma quasi phlegmoneux de l'hypogastre et de la face interne des cuisses. Dans les vingt-quatre heures suivantes, tuméfaction brillante, sans rougeur des poignets et mort.

Autopsie. Suppurations articulaires. Atélectasie pulmonaire. Cœur et péricarde normaux. Reins ramollis et complètement mortifiés. Foie adhérent au diaphragme et offrant, ainsi que la rate, deux petites dépressions cicatricielles.

Aucune accumulation de microorganismes dans les organes. J. B.

Zur Ætiologie und Behandlung der Enuresis nocturna bei Knaben (Pathogénie et traitement de l'incontinence nocturne d'urine), par **OBERLÆNDER** (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 609, 629, 23 *et* 30 *juillet* 1888).

Chez les enfants bien portants, l'incontinence nocturne d'urine est toujours le résultat d'excitations réflexes se produisant dans l'urètre ou à l'une de ses extrémités. Ce qui prouve la justesse de cette manière de voir, ce sont les succès thérapeutiques obtenus par la circoncision, par la section d'adhérences préputiales et par l'agrandissement d'un méat trop étroit.

A l'intérieur de l'urètre et au niveau de son orifice vésical, il peut exister quelque vice de conformation analogue, qui devient le point de départ de l'excitation réflexe.

Oberlænder traite l'incontinence nocturne d'urine des jeunes garçons par la dilatation brusque de l'urètre postérieur qu'il effectue, durant

l'anesthésie, à l'aide d'un instrument dont il donne le dessin. (*R. S. M.*, XV, 216; XXV, 674 et XXVII, 598.) J. B.

De la colite dysentériforme ou hémorragique au cours de la rougeole, par MACRY (*Thèse de Paris*, n° 324, 1888).

L'auteur rapporte quatre observations personnelles de colite hémorragique, et donne un tableau d'une série d'épidémies où cette complication a joué un rôle manifeste. Elle peut donc se présenter soit dans des cas sporadiques, soit dans des épidémies. Ces colites n'ont pas en général de gravité ; cependant chez des personnes affaiblies, chez les enfants cachectisés, elles peuvent ajouter à la gravité de la situation, et peut-être faciliter l'éclosion de la tuberculose. Il est très rare d'observer des hémorragies abondantes, ou la péritonite par perforation. H. L.

I. — De la diphtérie, faits relatifs à la longévité du bacille de Klebs, par GRELLET (*Bull. méd.*, 6 *mars* 1889).

II. — The etiologia of diphtheria, par B. K. RACHFORD (*Med. News*, 2 *février* 1889).

III. — Nachweis von eingekapselten Gregarinen in den Membranen bei mehreren Fällen von Diphtherie des Menschen (De la présence de grégarines enkystées dans des fausses membranes diphtéritiques chez l'homme), par PETERS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 21, *p.* 420, 21 *mai* 1888).

IV. — Des difficultés du diagnostic différentiel de la diphtérie pharyngée et de l'angine couenneuse commune (herpétique), par DUCLOS (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 25 *octobre* 1888).

V. — Contribution à l'étude de la myocardite infectieuse diphtéritique, par HUGUENIN (*Revue de médecine*, *décembre* 1888).

VI. — Etude clinique de l'albuminurie diphtéritique et de sa valeur sémiologique, par BARBIER (*Thèse de Paris*, 1888).

I.— Cinq observations où la contagion s'est faite à des intervalles beau coup plus éloignés que ceux que l'on assigne ordinairement à la vitalité du bacille.

1° Enfant pris de diphtérie à Tizi-Ouzou. Il n'y a pas eu de cas depuis 7 ou 8 mois. Mais trois ans avant, il y a eu dans le logement habité par la famille un croup, point de départ d'une épidémie dans le village.

2° Enfant pris de diphtérie dans une maison isolée à Canari ; 2 ans avant, un cas de croup avec mort dans la même maison.

3° Quatre cas de croup dans la même maison en cinq ans de temps.

4° Diphtérie dans une maison isolée ; 2 cas de diphtérie 1 an 1/2 et 3 ans 1/2 avant.

5° Diphtérie en dehors de toute épidémie. Cinq ans avant, un croup mort dans la même pièce. La mère avait gardé des objets portés par le premier enfant et les avait sortis de la caisse quelques jours avant. A. C.

II. — Pour Rachford la diphtérie est une maladie purement locale, causée par un microbe aérobie. Les symptômes constitutionnels sont dus à l'absorption de poisons (ptomaïnes) au niveau de la lésion locale, et les modifications du sang, des tissus, les troubles du système nerveux (paralysies) sont le résultat de l'action directe ou indirecte de ces poisons.

Donc le traitement doit être, avant tout, local; il faut essayer de neutraliser l'effet des poisons absorbés, de les faire évacuer (diurèse et diaphorèse modérées) par des médicaments sans action dépressive sur le cœur. A. C.

III. — En examinant au microscope, dans 6 cas mortels de diphtérie des voies aériennes, les fausses membranes tubulées crachées par les malades, Peters y a constaté la présence de nombreuses grégarines enkystées, au moyen d'une technique compliquée qu'il faut lire dans l'original.

De ces parasites, les uns étaient ovoïdes, les autres sphériques, ressemblant tout à fait à ceux qu'on trouve dans les viscères des lapins ayant succombé à la grégarinose.

Après avoir rappelé les nombreux troubles morbides, le plus souvent mortels, que produisent les grégarines chez divers animaux domestiques, lapins, poules, etc., Peters se demande si chez l'homme elles ne peuvent pas donner lieu à des accidents analogues; en tout cas, chez les gallinacées, elles déterminent dans les voies aériennes une affection membraneuse, appelée communément diphtérie. J. B.

IV. — Après avoir montré par quelques exemples les difficultés du diagnostic au début, Duclos insiste sur un signe assez constant en cas de diphtérie, l'adénite sous-mastoïdienne et cervicale. Cette localisation de l'engorgement ganglionnaire tient à ce que l'entrée du poison ou microbe diphtéritique se fait surtout par les fosses nasales. A. C.

V.— Huguenin rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte de diphtérie chez laquelle on diagnostiqua l'existence d'une myocardite infectieuse. Cette malade mourut au bout de quelques jours après avoir présenté des syncopes successives; à l'autopsie on constata facilement l'existence des lésions des fibres cardiaques comparables en tous points à celles décrites par Hayem dans la fièvre typhoïde. Mais ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que l'examen microscopique porta également sur les nerfs pneumogastriques et sur le bulbe. Ceux-ci furent trouvés absolument sains, et il semble donc bien dès lors que les lésions du myocarde ne sont pas dépendantes des nerfs. Le muscle cardiaque et les vaisseaux ont été atteints directement par l'agent infectieux, sans intermédiaire nerveux. Il ne s'agit donc pas ici de phénomènes de dégénération musculaire consécutifs à une lésion des cornes antérieures, mais d'une véritable myosite infectieuse du muscle cardiaque.

C. GIRAUDEAU.

VI. — Dans la diphtérie, l'albuminurie se montre dans plus des deux tiers des cas; elle est plus fréquente dans les diphtéries avec croup que dans les diphtéries avec angine seule. Elle se montre en général du troisième au quinzième jour, quelquefois le deuxième jour, rarement plus tard, le quinzième jour, alors que l'angine semble guérie. L'albumine est rétractile; elle varie de quelques centigrammes à 12 grammes par litre passant du jour au lendemain d'un faible taux à des chiffres énormes. Peu abondante, elle accompagne en général les diphtéries bénignes; au contraire, lorsqu'elle est abondante, elle dénote les diphtéries graves.

L'albuminurie diphtérique n'est pas grave par elle-même, les accidents d'anasarque, d'urémie font exception; on voit très rarement dans le cas de guérison survenir un mal de Bright chronique. Les accidents nerveux

doivent être rapportés à l'empoisonnement diphtérique parce qu'ils existent dans ces cas sans albuminurie. La durée de celle-ci varie de quelques jours à trois semaines et plus; sa présence peut servir à fixer le diagnostic dans des cas douteux d'angine avec exsudats, mais on ne saurait y trouver un signe d'une valeur absolue. Son apparition après la trachéotomie est un signe d'un pronostic fâcheux. BARBE.

Papillome fibreux de la langue, par VINCENT (*Lyon méd., p.* 135, 27 *janvier* 1889).

Enfant de 2 mois. Il semble qu'il y ait deux langues superposées. Cette apparence est due à une tumeur congénitale plus épaisse que la langue, greffée sur celle-ci par un large pédicule et formée par des productions fibreuses et de l'hypertrophie papillaire (papillome fibreux.) A. C.

Litholapaxy in male children (Litholapaxie chez les garçons), par KEEGAN (*N. York med. Journ., p.* 320, 22 *septembre* 1888).

L'auteur donne les résultats de 114 litholapaxies pratiquées sur des garçons, en grande partie par lui-même, à l'hôpital d'Indore (Inde centrale), de décembre 1881 à juin 1888. On n'a compté que 4 morts, soit 3.5 0/0. Plusieurs pierres étaient volumineuses ; la plus grosse pesait 700 grains soit 44gr,80 ; c'était un calcul d'acide urique et d'oxalate de chaux avec revêtement phosphatique. D'autres pesaient 606, 535, 344 grains, etc. Il a toujours suffi d'une seule séance.

La litholapaxie a l'avantage d'éviter les dangers des tailles suspubienne et latérale et de procurer une guérison plus rapide. On ne peut lui reprocher de favoriser les récidives : aucun des 114 opérés ne s'est représenté à l'hôpital. La taille latérale doit être réservée aux calculs enkystés et aux vessies sacciformes avec urine fétide ; la suspubienne, aux calculs gros et durs. L. GALLIARD.

Un cas de hernie ombilicale congénitale, par D'Arcy POWER (*Transact. of the Path. Soc. of London,* 18 *octobre* 1887).

L'enfant porteur de cette hernie était un garçon bien constitué, né à terme. Le sac transparent, contenant une assez grande quantité d'intestin grêle, était compris dans la résection abdominale du cordon. — Après la ligature de celui-ci, on enta de réduire la hernie ; après un taxis infructueux de 10 minutes, le sac fut ouvert, et devant l'impossibilité de rentrer l'intestin, on fut obligé d'augmenter l'orifice herniaire par une incision. A peu près un pied d'intestin fut réintégré avec peine dans l'abdomen. Une suture au fil d'argent maintint l'intestin et les lèvres de la plaie en contact, puis un pansement fut appliqué. Trois jours après, l'enfant mourait de péritonite.

La tumeur semble être formée par une dilatation des enveloppes du cordon ; elle est cylindrique. La paroi du sac est formée par une membrane mince, dont la surface externe est lisse, et ressemble à la surface du cordon ; à l'intérieur, le sac est tapissé d'une membrane manifestement dépendante du péritoine. Au sommet de la tumeur s'insère le cordon, et à ce niveau existe un kyste contenant un liquide visqueux.

La présence de ce kyste et l'absence de toute autre malformation chez ce nouveau-né rendent ce fait intéressant. F. V.

On the precedent cause of rickets, par Robert LEE (*Lancet*, 16 *décembre* 1888).

L'auteur rappelle que Glisson, dans son traité, cherchant les causes prédisposantes du rachitisme, admet comme telles la plupart des maladies. Pour lui, autant que l'examen des malades lui permet de conclure, les affections que l'on peut incriminer le plus souvent dans la production du rachitisme sont les affections pulmonaires, affections dont les caractères permettent de conclure qu'elles ont existé pendant assez longtemps, et ont pu jouer un rôle plus ou moins important comme causes occasionnelles.

Les cas qui ont le plus de valeur sont ceux dans lesquels les enfants ont pu être observés pendant la période d'évolution du rachitisme. Ce sont ces cas qui ont conduit l'auteur à l'idée que le rachitisme est dû en grande partie, sinon entièrement, à un trouble des fonctions respiratoires, et que la cause prédisposante du rachitisme est généralement quelque inflammation pulmonaire, bronchite, broncho-pulmonie, ou pneumonie. L'apparition du rachitisme après la coqueluche ou la rougeole dépend de la présence ou de l'absence, dans ces maladies, de complications pulmonaires. Pour juger du trouble des fonctions respiratoires chez les enfants rachitiques, l'auteur tient surtout compte de l'affaissement des espaces intercostaux. A l'appui de son opinion, l'auteur donne un tableau de cinquante enfants rachitiques dont la plupart ont eu antérieurement des troubles pulmonaires.

E. KIRMISSON.

A discussion on rickets (Discussion sur le rachitisme) (*Brit. med. Association, Glasgow, Brit. med. Journ., p.* 1145, *nov.* 1888).

Cheadle pose en principe que le rachitisme n'est pas seulement une maladie des os, mais bien une maladie générale. La théorie de Parrot rattachant le rachitisme à la syphilis ne saurait être acceptée. L'hérédité ne saurait être invoquée d'une manière générale. De même, les mauvaises conditions hygiéniques ne sont pas une cause suffisante.

Un des faits les mieux établis, c'est que le rachitisme ne s'observe guère que chez les enfants soumis à l'allaitement artificiel. Le seul cas où l'auteur ait vu le rachitisme sur un enfant élevé au sein par sa mère est un cas où la mère devint enceinte pendant qu'elle allaitait. La nourriture par les farineux est à incriminer. La condition essentielle, c'est le défaut de graisse et de phosphates terreux. Quant aux cas dans lesquels on trouve l'hypertrophie du foie et de la rate, l'auteur pense que ce sont ceux dans lesquels il y a en même temps syphilis. Le traitement doit consister avant tout dans une bonne alimentation.

Ogston étudie le traitement chirurgical du rachitisme. Il s'occupe, non seulement du rachitisme des jeunes enfants, mais aussi de celui des adolescents. Il rappelle que la guérison peut survenir spontanément à l'aide du seul traitement hygiénique. Quant aux appareils articulés en fer ou en acier, il n'a pas confiance en eux. L'âge a de l'importance, car si la guérison spontanée peut se voir chez les enfants, on ne la rencontre plus chez les adolescents. Dans l'incurvation des os de la jambe, l'auteur a rarement trouvé que quelque moyen fût utile, en dehors de l'ostéotomie. Il recommande l'ostéotomie cunéiforme du tibia avec frac-

ture du péroné. L'expérience de l'auteur porte sur 15 cas, qui tous ont donné des guérisons parfaites. Pour les courbures de la cuisse, la fracture est le meilleur mode de traitement.

Les difformités résultant le plus souvent du rachitisme des adolescents sont le genu valgum, le pied plat et la scoliose. Le pied plat est une maladie de l'adolescence presque exclusivement; les rachitiques sont exposés, en gagnant leur vie, à un surcroît de fatigue ou à une surcharge que leurs os faibles ne peuvent supporter. Chez eux, la portion interne du pied est lâche au niveau de l'articulation de Chopart. La tête de l'astragale glisse en arrière et en dedans du scaphoïde. Au bout d'un certain temps, cette attitude devient permanente; la tête de l'astragale est altérée dans sa forme, et la difformité devient irréductible. Les frictions, l'électricité, la gymnastique, les bandages, les appareils ne donnent aucun résultat; aussi Ogston a-t-il proposé l'opération suivante : une incision est faite sur le bord interne du pied dans l'articulation médio-tarsienne ; les parties molles sont détachées des os; avec un ciseau, la tête de l'astragale hypertrophiée doit être excisée avant d'être remise en place et de rendre à la voûte plantaire sa forme normale. Un aide maintient le pied dans l'attitude voulue, et deux chevilles d'ivoire, soigneusement désinfectées, réunissent le scaphoïde à l'astragale. Sur un total de 47 cas, l'auteur n'en a vu aucun dans lequel la guérison aseptique par première intention n'ait pas été obtenue. E. KIRMISSON.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Ueber den Bacillus des Erythema nodosum, par V. BOVET (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 2, p.* 57, 15 *janvier* 1889).

Demme a signalé (*R. S. M.*, XXXIII, 174) une forme d'érythème noueux grave, caractérisée par la présence d'un bacille aérobie pathogène.

Les symptômes généraux de l'affection semblaient devoir être rapportés à une intoxication due aux produits sécrétés par le bacille.

C'est ce dont Bovet a voulu s'assurer sur les cultures pures qui lui ont été remises par Demme.

Mais il lui a été impossible de trouver des substances toxiques soit dans le bacille lui-même, soit dans son liquide nourricier. J. B.

On the relation of erythema multiforme and erythema nodosum to rheumatism, par Archibald GARROD (*St Barthol. Hosp. Rep., XXIV, p.* 43).

Garrod publie avec détails dix-huit cas d'érythème (six cas d'érythème polymorphe et six d'érythème noueux). Contrairement aux doctrines actuellement régnantes en Allemagne, il considère ces affections comme intimement liées au rhumatisme. Voici ses conclusions :

L'érythème polymorphe et l'érythème noueux ont des connexions

directes avec le rhumatisme. Ils s'accompagnent presque toujours d'arthrite à des degrés variables depuis les simples douleurs jusqu'aux inflammations compliquées d'hydarthrose. Ils coïncident fréquemment avec la chorée et l'endocardite : cette dernière est une des complications les plus communes de l'affection. Enfin, on trouve presque constamment des successions et des alternances entre les dermopathies et les manifestations rhumatismales. H. R.

Contribution à l'étude de l'érythème infectieux, par SIMON et LEGRAIN (*Annales de Dermat.*, n° 11, 1888).

Les auteurs ont recueilli dans le sang et isolé par culture deux microbes : l'un blanc, qu'ils considèrent comme identique à celui qui a été déjà isolé par Haushalter; l'autre, jaune, qui se rapproche du micrococcus pyogenes aureus, mais qui en diffère cependant par sa mobilité plus grande et surtout son absence d'action pathogène. Il serait possible que le microbe blanc de Haushalter fût en réalité l'agent pathogène de l'érythème. Il détermine chez les souris une véritable septicémie sans lésions locales qui les tue en cinq ou huit jours. F. BALZER.

De l'influence des variations de la pression à laquelle sont soumis les vaisseaux sur la production du purpura ; immobilisation des membres et purpura, par HARTMANN (*Annales de Dermat.*, n° 11, 1888).

Il s'agit du purpura, qui se montre sur les membres inférieurs, lorsque ceux-ci ont été immobilisés pendant un temps assez long, variété qui résulte de l'action d'une augmentation brusque de la pression à l'intérieur des capillaires, quand les malades commencent à se lever. Le purpura, constitué par des taches rouges, petites, sans relief, disséminées sans ordre régulier, disparaît en cinq ou six jours, sans laisser de traces. Il ne dépend pas d'un scorbut local, comme le croyait Cloquet, mais d'un trouble de nutrition passager de la paroi des capillaires qui n'ont pas repris la tonicité nécessaire pour résister aux changements brusques de pression. F. BALZER.

Acné anthracoïde iodo-potassique, par TAYLOR (*Journ. of cut. and génito-urin. dis.*, *novembre* 1888).

Il s'agit d'une forme de dermatite tubéreuse déterminée par les préparations d'iode et qui a été étudiée pour la première fois pas Besnier sous le nom d'acné anthracoïde. On voyait à la face et au cou du malade des tumeurs symétriquement disposées, dures, rondes, d'un rouge cuivré, pédiculées ou sessiles. Les tumeurs étaient entourées d'une aréole rouge, bien limitées, et montraient des orifices d'où la pression faisait sourdre un peu de pus. Plus tard les lésions devinrent variqueuses, fongueuses, et après quelques applications de perchlorure de fer et la suspension du médicament, ne laissèrent que des taches pigmentées et superficielles. Cette évolution demanda une dizaine de jours. L'auteur croit que le terme de dermatite tubéreuse est préférable à celui d'acné anthracoïde, car il considère que les lésions glandulaires sont secondaires à celles du derme. Il divise les éruptions iodiques en deux groupes, les hémorragiques, les inflammatoires. La tendance aux formes végé-

tantes et fongueuses dépend d'une idiosyncrasie et d'une saturation de l'organisme par l'iode. E. BALZER.

Iodide of ammonium eruption, par MELGUIRE (*Journ. of cut. and genito-ur. dis., mai* 1888).

Un homme âgé de 51 ans, atteint de broncho-pneumonie chronique, fut atteint, après avoir pris de l'iodure d'ammonium, d'une éruption vésiculeuse localisée d'abord à la tête et aux épaules, plus tard généralisée au tronc et aux membres inférieurs. Les lésions consistaient en vésicules et en bulles atteignant parfois le volume d'un œuf de pigeon, avec croûtes, écoulement de sérosité, induration au pourtour des éléments. Il y avait de l'œdème des extrémités inférieures. Pas d'éruption du côté des muqueuses. L'auteur croit que l'iode seul doit être mis en cause dans les éruptions iodiques, et non les autres substances avec lesquelles on le combine. F. BALZER.

Des éruptions cutanées multiformes provoquées par l'administration de l'hydrate de chloral, par BOUJU (*Thèse de Paris*, 1889).

Les éruptions chloratiques, si on en juge par le nombre des observations publiées, nombre relativement restreint, eu égard à la fréquence de l'emploi du chloral, sont assez rares. La forme la plus commune est l'érythème, puis le purpura et l'urticaire.

L'érythème papuleux n'a été observé qu'une seule fois. Il peut y avoir coïncidence de ces divers types. L'ingestion de l'alcool joue, comme cause occasionnelle, un rôle des plus remarquables. F. BALZER.

Eczéma en aires de la langue (glossite exfoliatrice marginée), par BESNIER (*Annales de Derm. et de Syph., avril* 1889).

Jeune femme de 25 ans, présentant un exemple type d'eczéma en aires de la langue datant de quatre mois. L'auteur demande à substituer le nom d'eczéma en aires de la langue aux dénominations en cours. Il se base sur la coïncidence plusieurs fois constatée de cette lésion de la langue avec certains eczémas, et notamment avec l'eczéma séborrhéique. Il y a quelquefois des alternatives caractéristiques entre la lésion linguale et l'eczéma concomitant, soit dans le cuir chevelu, soit sur le tronc. Cette affection n'a pas de rapports avec la syphilis, comme l'avait cru Parrot, ni avec la leucoplasie buccale. Les bains de bouche, alcalins ou légèrement boriqués, rendent des services dans le traitement qui est avant tout hygiénique. F. BALZER.

Circumscribed atrophy of the skin, possibly of hereditary origin, par Curtis SMITH (*Journ. of cut. and genito-urin. dis., mai* 1888).

S..., âgé de 28 ans, de bonne constitution et sans aucun antécédent pathologique personnel ou héréditaire, présente, depuis deux ans environ, des taches blanches aux mains et à la face, visibles surtout quand la température est élevée. Son père, mort depuis peu, aurait présenté, paraît-il, des taches semblables. On constate que les taches existent surtout à la face dorsale des mains ; il en existe aussi à la tête, aux angles des yeux et de la bouche. Elles sont rondes ou ovales, d'étendue variable, d'une couleur blanche, à bords nets, sans relief marqué ; pas de troubles de la sensibilité. L'auteur ne se prononce pas sur la nature de ces taches. Elles ont guéri par l'emploi à l'intérieur de l'arsenic et du sulfite de calcium ; à l'extérieur, application d'onguent mercuriel et de courants continus maintenus pendant la nuit. L'électricité amena rapidement d'abord une amélioration, puis la gué-

rison en quelques semaines. L'emploi de l'arsenic fut continué pour affermir la guérison. F. BALZER.

Sclérodermie circonscrite, par BISS (*Brit. med. j., p.* 1389, *décembre* 1888).

Fille de 15 ans, atteinte de malformation cardiaque (rétrécissement de l'artère pulmonaire); à l'âge de 11 ans, développement sur le bras droit, au voisinage du coude, d'une plaque blanche indurée, ressemblant à de la chéloïde et suivant exactement le trajet du nerf musculo-cutané. Tout autour, pigmentation et vascularisation anormale : muscles sous-jacents atrophiés : sensibilité cutanée intacte.

Hutchinson émet à ce propos l'opinion que la sclérodermie est une trophonévrose et que lorsqu'elle survient chez de jeunes sujets, elle s'accompagne toujours d'atrophies musculaires et osseuses. Pour lui, en pareil cas, les nerfs vasomoteurs sont touchés au même titre que les nerfs sensitifs dans le zona.

Kéloïdes nombreuses développées sur des ulcérations peut-être syphilitiques par QUINQUAUD (*Annales de Derm. et de Syph., février* 1889).

Homme âgé de 24 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis le 10 mars 1887, présentant sur la région dorsale des ulcérations superficielles multiples, douloureuses, sans distribution spéciale. Il sort le 20 mai, guéri, après avoir subi un traitement antisyphilitique, bien qu'il nie avoir jamais eu aucun accident de syphilis. Mais bientôt à la place de chaque cicatrice se développent des kéloïdes dures pour lesquelles il rentre à l'hôpital le 5 décembre 1888. On le soumet à ce moment aux douches sulfureuses chaudes, sans traitement spécifique ou autre. Ces kéloïdes cicatricielles, qui persistaient depuis 18 mois, disparurent en 15 jours à la région dorsale. Trois ou quatre cicatrices kéloïdiennes persistèrent seules à la face antérieure de la poitrine. F. BALZER.

Crateriform ulceration of the face, par Jonathan HUTCHINSON (*Brit. med. j., p.* 412, *février* 1889).

Sous ce titre, Hutchinson décrit une variété d'ulcère cratériforme de la face qui diffère notablement, au point de vue clinique, de l'ulcère rongeant. Ce dernier se développe lentement et sans grande élevure des téguments : l'ulcération s'étend en surface plutôt qu'en profondeur. Dans la variété cratériforme, une tumeur saillante grossit rapidement et s'entrouvre à son sommet pour laisser voir une ouverture profonde de tissu ramolli. Le fait le plus curieux est le peu de tendance à la récidive sur place de cette variété de cancer épithélial et le pronostic par suite relativement bénin d'une affection qui a toutes les allures d'une tumeur maligne. H. R.

Case of tuberculosis papillomatosa cutis, with remarks on the relation of papilloma to syphilis lupus, etc., par MORROW (*Journ. of cut. and genito-urin.dis., octobre-novembre* 1888).

Homme de 30 ans, ayant eu une affection de l'articulation du pouce gauche qui avait nécessité l'amputation. Deux ans après, il revient, portant à la face une lésion verruqueuse sans ulcération. Cette lésion, qui avait commencé au nez pendant la convalescence de l'amputation, occupe le nez, la lèvre supérieure, les joues et la paupière supérieure droite. Elle est couverte de croûtes grises, avec des verrucosités serrées, de volume et de forme

très variés, douloureuses et saignant facilement : en même temps engorgement des ganglions sous-maxillaires ; poumons intacts. L'auteur conclut à une tuberculose verruqueuse de la peau ou lupus verruqueux, admettant ainsi la nature tuberculeuse du lupus. La biopsie montra, du reste, la présence des bacilles caractéristiques. Cette lésion de la face était survenue pendant la suppuration de l'articulation du pouce, et Morrow croit qu'elle est le résultat d'une inoculation. Le malade refusant toute opération fut traité par les injections de vaseline iodoformée. F. BALZER.

Report of a case of the mycosis fongoïde of Alibert, par BLANC (*Journ. of cut. and genito-ur. dis.*, *juillet-août* 1888).

Homme de 34 ans, amaigri, chez lequel la maladie a commencé par une éruption eczématiforme avec prurit intense. Aux pieds, les tumeurs ont l'aspect de masses d'un rouge pourpre et n'ont apparu que depuis trois ans et demi. Ces tumeurs se voient dans toutes les parties du corps ; elles ne s'ulcèrent qu'aux pieds, où elles donnent lieu à une suppuration fétide. On en trouve aussi sur les muqueuses. Les tumeurs disparaissent souvent en laissant à leur place des taches rouges ou pigmentées. Leur évolution complète se fait en moyenne en six semaines. Les ganglions sont augmentés de volume. L'urine est normale. Dans le sang les globules rouges sont aux globules blancs dans la proportion de 1 pour 130. Le fer et l'arsenic à l'intérieur, la pommade à l'ichthyol ont paru présenter quelques avantages. Certaines tumeurs, examinées par Schmidt, ont paru constituées par un stroma sarcomateux ; d'autres ont présenté la structure du tissu adénoïde. L'examen bactériologique n'a pas été fait. F. BALZER.

I. — Nouvelle forme de psorospermose cutanée, par DARIER (*Soc. de biol.*, 13 *avril* 1889).

II. — Observations cliniques pour servir à l'histoire de la psorospermose folliculaire végétante de Darier, par THIBAULT (*Thèse de Paris*, 1889).

I et II. — Sous le nom d'hypertrophie générale du système sébacé ou d'acné sébacée cornée, on a décrit une maladie généralisée à la plus grande partie de la surface tégumentaire, avec foyers de confluence au cuir chevelu, aux tempes, au front, à la région interscapulaire, à la région presternale, aux régions mammaire, abdominale, inguinocrurale, scrotale et anale, caractérisée à une première période par le développement aux foyers de confluence de véritables tumeurs séparées par des sillons profonds, criblées à leur surface d'orifices dilatés, par lesquels la pression fait sourdre du pus ou de la matière sébacée. D'après les recherches récentes de Darier, il s'agit là d'une affection parasitaire. On trouve des animaux inférieurs de la classe des sporozoaires, et plus précisément des psorospermies ou coccidies qui se localisent et prolifèrent de préférences à l'orifice des follicules pileux, où ils causent des désordres caractéristiques. Cette affection a une évolution très lente, sa durée est indéterminée, elle n'a nulle tendance à la guérison. Elle provoque le développement de tumeurs qui s'ulcèrent. Le pronostic est sérieux en raison des difficultés du traitement. La présence des organismes découverts par Darier est de nature à faire progresser la thérapeutique et justifie l'application de topiques antiparasitaires, au moins dans la première période. La destruction seule pourra être efficace à la période végétante. F. BALZER.

Relapsing double zoster, par ELLIOT (*Journ. of. cut. and genito-ur. dis. septembre* 1888).

S... âgé de 39 ans, portier, né en Allemagne, se présente au mois d'avril 1887 au dispensaire dirigé par l'auteur. Il présente un herpès zoster situé sur le côté droit du cou, principalement sur les branches postérieures des nerfs cervicaux. Il guérit facilement, mais en conservant des douleurs qui furent soulagées par l'acide salicylique. Il se représenta au mois de juin au dispensaire avec une nouvelle éruption sur le côté droit du cou, non moins douloureuse que la première. Cette nouvelle éruption étant disparue, il en revint en juillet une troisième sur le côté gauche avec des groupes de vésicules non moins caractéristiques. Guéri de ces nouvelles manifestations, le malade eut encore au mois d'août une autre éruption zostériforme au pénis, éruption qui guérit en peu de jours. Le malade n'a pas été revu depuis. Le zona double est rare, plus rare encore avec les manifestations multiples qui sont signalées dans cette observation peut-être unique dans la science. F. BALZER.

Zur Behandlung der Psoriasis, in besondere mit Hydroxylaminum muriaticum (Traitement du psoriasis par l'hydroxylamine muriatique), par FABRY (*Arch. f. Derm. und Syph., Heft* 2, 1889).

L'auteur conseille les deux formules suivantes : 1° hydroxylamine muriatique, 0,2 à 0,5; esprit de vin, 100; carbonate de chaux, quantité suffisante pour neutraliser; 2° hydroxylamine muriatique, 1; eau de fontaine, 1,000; carbonate de chaux, quantité suffisante pour neutraliser. Ces deux formules s'emploient en applications extérieures.

On décape la peau pendant quelques jours avec des bains et des savonnages, et on applique les solutions d'hydroxylamine. Ce corps a sur l'anthrarobine et l'acide pyrogallique l'avantage de ne pas colorer la peau et les linges. Mais il est toxique, quelquefois irritant, douloureux. Il faut alors cesser immédiatement les applications et faire des onctions avec l'onguent de zinc. On reprend ensuite le traitement. L'auteur conclut, avec Doutrelepont, que l'hydroxylamine a de réels avantages et ne le cède en rien aux agents récemment employés dans le traitement du psoriasis. F. BALZER.

Anthrarobine, par Bennet BRONSON (*Journal of cut and genito-urin. dis. novembre* 1888).

L'auteur considère l'anthrarobine comme un remède efficace dans les maladies de la peau, comme un bon agent réparateur de l'épiderme. Il en a obtenu de bons résultats dans 8 cas de psoriasis généralisé. Il employait une pommade à 10 0/0. Il a fait aussi quelques essais dans l'eczéma subaigu et chronique et a obtenu de bons effets, bien que l'anthrarobine ait peu d'action sur le prurit. F. BALZER.

Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique, par HALLOPEAU (*Union médicale*, 3-10-12 *juillet* 1888).

Homme de 48 ans, atteint d'une sorte de manie iodique et qui prenait, depuis des années, des quantités notables d'iodure de potassium. Arrivé à une sorte d'état d'intoxication, il présenta, à sept reprises différentes, des troubles généraux et des éruptions pemphigoïdes d'aspect singulier. Les bulles séchaient, faisaient place à des croûtes, puis à des cicatrices qui étaient, les

unes déprimées, violacées ; les autres, au contraire, revêtues de végétations parfois saillantes, pédiculées, d'allure condylomateuse. Les points d'élection étaient la face et les membres supérieurs. Chaque poussée ne survenait qu'après l'ingestion d'une nouvelle quantité d'iodure de potassium, dans les quarante-huit heures qui la suivaient. H. L.

Zur Therapie des Xanthoms, par E. STERN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, *p.* 1013, 10 *décembre* 1888).

D'après Kaposi, le xanthélasma ne peut être guéri que par l'excision ou par le raclage avec la curette tranchante. Stern publie une observation montrant qu'il n'est pas toujours nécessaire de recourir pour cette affection à une opération sanglante.

Homme de 46 ans, ayant aux angles internes des yeux quatre grandes et quatre petites plaques de xanthélasma. Comme il n'en souffre pas, il refuse l'excision, tout en désirant en être débarrassé.

Renonçant à employer le traitement de Besnier (phosphore et térébenthine) qu'il avait reconnu inefficace chez un autre malade, Stern eut l'idée de recourir aux badigeonnages avec du collodion sublimé à 10 0/0. Le résultat fut parfait.

Schwimmer avait déjà essayé, mais sans succès, le sublimé. J. B.

Lupus érythémateux de la bouche, par VIDAL (*Annales de Derm. et de Syph.*, *avril* 1889).

Un malade présente à la face interne de la joue gauche une plaque de lupus érythémateux. La coïncidence de plaques semblables à la face interne des lèvres, sur les joues, sur les côtés du nez, ne laisse pas de place au doute. C'est la seconde fois que Vidal observe le lupus érythémateux de la bouche. Cette localisation remarquable est très rare. F. BALZER.

I. — Sur la lèpre, par LEROY DE MÉRICOURT, et Discussion (*Bull. Acad. de médecine*, 15 *mai et juin* 1888).

II. — Die Erblichkeit der Lepra (Hérédité de la lèpre), par A. HANSEN (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CXIV*, *Heft* 3).

III. — Zur Kenntniss der Lepra, par F. SCHULTZE (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *XLIII*, *p.* 496).

IV. — The value of nerve stretching in leprosy (Valeur de l'élongation des nerfs dans la lèpre), par Beaven RAKE (*Brit. med. J.*, *p.* 1373, *décembre* 1888).

I. — Le Roy de Méricourt, après avoir établi que, pour un certain nombre de médecins, la lèpre est une maladie bacillaire, entre dans de très nombreux détails historiques et cliniques sur la maladie dans chaque pays où elle sévit; il multiplie les citations des directeurs de léproseries démontrant les nombreux cas de non contagiosité, qu'ils ont observés. Il rappelle que la notion du bacille n'a apporté aucune donnée utile pour la thérapeutique de la maladie, qui est et demeure incurable, et que jusqu'à ce jour, pour expliquer sa propagation, nous en sommes toujours aux causes banales, telles que la misère sociale et la promiscuité.

Leloir combat l'opinion de Van Leent (rapportée par de Méricourt), qui n'admet pas que la lèpre soit une névrite bacillaire; il rappelle qu'il a autrefois démontré que la lèpre systématisée nerveuse n'est autre chose,

dans l'immense majorité des cas, qu'une polynévrite bacillaire spécifique des nerfs périphériques, ce qui est généralement reconnu vrai. Pour Leloir, ce n'est ni dans une mauvaise hygiène ni dans le sol qu'il faut rechercher l'origine de l'affection, et bien que l'inoculabilité n'en soit pas encore démontrée, sa multiplication et sa propagation ne peuvent être expliquées que par la contagion et en partie par l'hérédité.

Hardy, tout en réservant la question de contagiosité de la lèpre, qui ne peut être actuellement prouvée, cite comme causes prédisposantes certaines races et certains climats, qui semblent avoir une grande influence dans le développement de la maladie; il ne croit pas au danger de voir la lèpre s'implanter en France, ainsi qu'on l'a avancé.

Vidal, qui déjà, dès 1885, avait soutenu la théorie de la transmissibilité de la maladie, en trouve la preuve dans sa nature parasitaire et surtout dans de nombreux faits bien avérés de transmission d'un lépreux à l'homme sain; d'après lui, cette transmissibilité, serait encore démontrée par la marche des épidémies; en outre, il estime que des mesures prophylactiques peuvent être d'une grande utilité.

Cornil passe d'abord en revue les conditions différentes de contagion des maladies; pour la lèpre, qui est manifestement bactérienne, la contagiosité est difficile à établir, car les preuves directes font défaut; cependant les faits cliniques plaident en sa faveur. OZENNE.

II. — Hansen a depuis longtemps soutenu l'opinion que la lèpre, produite par le *bacillus lepræ*, ne peut être une maladie héréditaire.

Un voyage dans l'Amérique du Nord lui a permis d'appuyer ces considérations théoriques de nombreuses observations. Des 160 lépreux qui sont venus de Norvège se fixer en Amérique, la plupart sont morts et quelques-uns seulement vivent encore. L'auteur a vu leurs enfants et leurs petits-enfants dont pas un seul n'est atteint de la maladie. Ces faits prouvent surabondamment que si les Norvégiens qui ont émigré en Amérique ont eu la maladie quelques années, même 14 ans après leur arrivée dans le nouveau monde, on peut en conclure tout simplement qu'ils ont apporté le germe de l'affection de leur pays natal.

ED. RETTERER.

III. — Schultze eut l'occasion d'observer trois cas de lèpre dont il rapporte l'histoire. Il a constaté la réaction de dégénérescence dans des muscles innervés par un nerf malade. L'excitabilité musculaire des muscles non paralysés encore a été trouvée accrue; il n'a pas constaté de secousse fibrillaire.

Dans deux cas, le sens musculaire était conservé. Les réflexes cutanés disparaissent plus rapidement que les réflexes tendineux qui persistent tant que les muscles correspondants ne sont pas très atteints.

Les *plaques* d'anesthésie et d'analgésie cutanée constatées ne peuvent s'expliquer que par la névrite ou une lésion médullaire, en particulier la syringomyélie. La moelle a été trouvée intacte dans le plus grand nombre des autopsies faites, et c'est par une lésion des nerfs périphériques que ces désordres semblent le mieux s'expliquer. A. MATHIEU.

IV. — Beaven Rake, médecin de la léproserie de la Trinité, donne une statistique portant sur 100 cas de lèpre. Voici ses conclusions :

L'élongation du nerf sciatique est la méthode thérapeutique la plus efficace, parce que de cette façon on agit sur les ganglions spinaux et

que l'on modifie l'innervation de tout le membre inférieur, parfois même des deux membres inférieurs.

Les indications de cette opération, chez les lépreux, sont la présence d'un ulcère perforant, les altérations nécrosiques et douloureuses des os et de la peau; bref, la présence de névrites périphériques.

Suit le détail des opérations, catégorisées suivant le nerf élongé et les lésions anatomiques lépreuses. Sur 100 cas, il y en eut 47 améliorés, 49 sans amélioration, 4 douteux. H. R.

I. — Experimental researches concerning trichophyton tonsurans, par G. THIN (*Brit. med. J., p.* 397, 10 *février* 1889).

II. — Further researches on the treatment of tinea tonsurans, par J. HARRISON (*Ibidem, p.* 465, *mars* 1889).

III. — Demonstration vom Impetigo contagiosa mit Herpes tonsurans, par BEHREND (*Berl. kl. Woch., p.* 76, 28 *janvier* 1889).

I. — Voici les principales expériences de Thin sur les cultures artificielles de trichophyton dans la gélatine nutritive de Koch :

1° *Durée de vitalité des spores.* Au bout de deux ans et demi, elles semblent avoir perdu toute aptitude à germer : mais Thin en a pu cultiver qui remontaient à onze mois;

2° *Influence de l'eau.* En plongeant dans l'eau des cheveux atteints de trichophytie et en les ensemençant ensuite dans la gélatine, on obtient des résultats variables. Un séjour de huit jours stérilise le cheveu : au bout de deux jours d'immersion, les spores germent encore. Ceci prouve que les lotions du cuir chevelu influent peu sur le traitement;

3° *Huile d'olive.* Conserve pendant longtemps les propriétés des spores. Au bout de deux jours elles germent parfaitement; mais tout le temps qu'elles restent dans l'huile elles cessent de pulluler. Même résultat pour l'axonge et la vaseline;

4° *Savon.* Une solution de savon détruit les propriétés germinatives du trichophyton assez rapidement. Au bout de trois jours, la stérilisation est complète : au bout de vingt-quatre heures elle est presque absolue. Avec le savon noir la destruction est encore plus rapide; une heure paraît suffire;

5° L'*acide acétique.* A 1 0/0 a une action analogue;

6° La *carbonate de soude.* A 1 0/0 est moins efficace : germination au bout de trois jours d'immersion;

7° Les *pommades sulfureuses.* Sont efficaces, mais lentement : il faut plusieurs heures pour obtenir la stérilisation;

8° L'*onguent citrin.* Agit aussi très efficacement : au bout d'une heure d'imprégnation, les spores perdent toute aptitude à germer;

9° Par contre, l'huile de croton est absolument inefficace : au bout de huit jours d'immersion, le trichophyton conserve sa vitalité. H. R.

II. — Le traitement de la teigne tondante que préconise Harrison est le suivant :

1° Ramollir le cheveu et le bulbe pileux avec un mélange de liqueur de potasse, d'alcool et d'iodure de potassium; — 2° détruire le parasite au moyen de préparations de sublimé.

Suivent des détails cliniques, appuyés par des recherches microcospiques et démontrant les efficacités de la méthode. H. R.

III. — Behrend a déjà (*Deutsche med. Woch.* 1884, nº 48) signalé l'affinité qui existe entre l'impétigo contagieux et l'herpès tonsurant. Il s'agissait de plusieurs enfants atteints d'impétigo contagieux de la face, tandis que la personne chargée de leur donner des soins avait à la fois de l'impétigo contagieux au visage et des cercles d'herpès tonsurant sur la nuque.

Aujourd'hui, il présente à la Société médicale de Berlin deux cas analogues. Il s'agit de deux enfants de la même mère, dont le plus jeune a de l'herpès tonsurant au menton et sur le tronc, tandis que sa sœur a de l'impétigo contagieux à la face (*R. S. M.*, XXXII, 561). J. B.

I. — De la pelade et des peladoïdes, par LELOIR (*Bull. de l'Acad. de méd.* 26 *juin* 1888).

II. — Sur les mesures à prendre à l'égard des sujets atteints de pelade, par E. BESNIER (*Ibidem*, 31 *juillet* 1888).

III. — Ueber Nervenläsion... (Lésions nerveuses dans leurs rapports avec l'étiologie de la pelade), par G. BEHREND, JOSEPH et MUNK (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 58, *janvier* 1889).

I. — Sur 142 cas de pelade observés dans ces dernières années, Leloir en prend 92, où il a pu établir une enquête sérieuse et prolongée, et il trouve :

36 cas de pelade d'origine nerveuse, qu'il a dénommés peladoïdes trophoneurotiques.

35 cas où la nature trophoneurotique ou contagieuse de l'affection n'a pu être déterminée.

21 cas où cette nature contagieuse ne peut être mise en doute.

Leloir en conclut qu'il existe des pelades contagieuses et des alopécies présentant les caractères de la pelade qui doivent être rattachées à un trouble de l'innervation.

II. — Besnier passe tout d'abord en revue les différentes opinions émises jusqu'à ce jour sur la nature de la pelade. Un premier fait essentiel en découle, c'est que non seulement on n'a pas reconnu dans le poil peladique de parasite vrai, mais encore que les altérations histologiques de ce poil, pas plus que les phénomènes de sa mue, ne semblent être de l'ordre parasitaire direct ; en un mot, l'alopécie peladique est incompréhensible par la théorie parasitaire. Il rappelle ensuite les principaux caractères cliniques de l'affection, les travaux de Balzer, Juhel-Rénoy et Leloir sur les altérations histologiques du poil, et conclut que ces altérations n'indiquent qu'une dystrophie simple ; que la fonction pilaire demeure plus ou moins longtemps suspendue plutôt qu'abolie ; et enfin que, dans le cas où ces lésions seraient gouvernées par des altérations nerveuses périphériques, celles-ci demeurent totalement ignorées.

Après avoir établi que dans différentes alopécies, dans la pelade en particulier, il n'y a pas d'autres lésions que des lésions trophopathiques, et non des lésions de parasite, il démontre qu'il n'y a pas lieu d'adopter une seule pathogénie, mais que la maladie est une atrophie pilaire de

condition névrotique, dont l'agent provocateur inconnu, s'il est parasitaire, n'est pas un parasite du poil proprement dit. Toutefois, en considérant la pelade dans ses caractères généraux, les faits montrent que les allures de la maladie n'ont rien de celles des trophonévroses pures, mais qu'elles côtoient étroitement celles qui appartiennent aux teignes proprement dites.

Relativement à la transmissibilité, il résulte de l'observation de la majorité des médecins que la pelade ordinaire, commune, vulgaire peut se transmettre de l'individu malade à l'individu sain, c'est-à-dire être contagieuse. Cette transmissibilité est inégale, irrégulière. La réceptivité est variable suivant chaque individu, de même que les agents de transport du contage ; en tout cas, la contagion semble le plus souvent être indirecte. Contrairement à l'opinion classique, Besnier, d'après ses observations, ne pense pas que le pouvoir contagieux disparaisse plus ou moins longtemps avant la guérison de la maladie. Quelques lignes sur les difficultés du diagnostic de la pelade conduisent l'auteur à l'énumération des mesures à prendre à l'égard des sujets peladiques, mesures de prophylaxie générale et de prophylaxie spéciale. OZENNE.

III. — Behrend a refait les expériences de Joseph (*R. S. M.*, XXIX, 194) sans jamais arriver au même résultat. Des 9 chats auquels il a enlevé le ganglion spinal du deuxième nerf cervical, aucun n'a perdu de poils.

Dans la discussion, Joseph déclare que les résultats négatifs de Behrend ne prouvent pas grand'chose, car lui-même, avant de produire régulièrement l'alopécie chez une douzaine de chats, en avait sacrifié une trentaine sans pouvoir y arriver.

J. Munk rappelle que la section d'un nerf entraîne toujours l'abolition de ses fonctions. Si donc, contrairement à ses assertions antérieures, Joseph vient de reconnaître que l'alopécie n'a pas été l'effet absolument constant de ses expériences, il est logique de conclure que cette chute des cheveux est la conséquence d'une lésion surajoutée ou d'une complication (inflammation ou suppuration au-dessous de la peau.) J. B.

Tricophytie érythémateuse circinée, par BESNIER (*Annales de Derm. et de Syph.*, *février* 1889).

Homme de 40 ans, portant à la barbe, à la nuque et sur le sternum de grands cercles érythémateux concentriques de tricophytie. Il est remarquable de voir qu'il n'y a aucune irritation. Besnier montre à ce propos que les différences de réaction irritative des tissus au tricophyton sont tout individuelles. Elles dépendent souvent aussi des interventions médicamenteuses. L'emploi des applications irritantes peut aggraver et prolonger la maladie; avec des soins de propreté et l'épilation autour des cercles tricophytiques, on peut arriver à l'extinction de la maladie dans les parties velues aussi vite qu'avec les médications prétendues parasiticides. F. BALZER.

Leçons sur la syphilis vaccinale, par FOURNIER (1 *vol.*, *Paris*, 1889).

Le récent ouvrage de Fournier a pour but principal d'imposer la conclusion suivante : substituer le vaccin animal au vaccin humain. Il commence par établir l'authenticité de la syphilis vaccinale, et rappelle

à ce point de vue l'observation de Millard, l'enquête de Depaul, les expériences de Cory qui, après quatre expériences, réussit à s'inoculer la syphilis en employant la sérosité vaccinale pure. Comment les dangers individuels de la vaccine peuvent-ils se convertir parfois en un danger public ? Il existe trois conditions spéciales de dissémination pour le contage vaccino-syphilitique : 1° la pratique fréquente de la vaccination par groupes d'individus plus ou moins nombreux ; 2° la possibilité de transmission par le vaccin d'un sujet qui vient lui-même d'être infecté par le vaccin ; à Rivalta une série de sept enfants fut infectée de cette manière ; 3° contagion d'ordre vulgaire dérivant de la syphilis vaccinale.

Il y a deux résultats possibles de l'inoculation d'un vaccin puisé à une source syphilitique. Dans une première alternative, l'inoculation reste inoffensive; ces cas en réalité ne prouvent rien contre l'authenticité de la syphilis vaccinale. Ils sont pourtant extrêmement nombreux, et il est absolument certain que du vaccin emprunté à une source indubitablement syphilitique peut rester inoffensif, en vertu de conditions dont le secret nous échappe encore. Dans une seconde alternative, l'inoculation vaccinale transmet la syphilis. Elle peut produire simplement la syphilis, la vaccine avortant ; ou bien la vaccine apparaît la première, en raison de sa courte incubation ; le chancre apparaît ensuite ; mais, dans certains cas, le diagnostic peut présenter des difficultés extrêmes, alors que le chancre éclôt sur la dépouille croûteuse de la vaccine, c'est-à-dire d'une façon latente et véritablement larvée. Ce chancre, exorde nécessaire de toute syphilis vaccinale, est parfois étendu et présente le type ulcéreux. Quoi qu'il en soit, la syphilis issue du vaccin est habituellement grave, à ce point même qu'on a pu croire à une malignité spéciale. Il s'agit là en réalité d'une gravité d'emprunt, tenant aux conditions diverses dans lesquelles elle est appelée le plus souvent à évoluer (jeune âge des sujets, absence de traitement, misère, etc...). L'étude de l'étiologie établit deux conclusions d'une importance capitale : 1° la contamination vaccino-syphilitique peut être transmise par un vaccinifère en état de syphilis latente ; 2° il suffit à la contamination vaccino-syphilitique que le vaccinifère soit en incubation de syphilis.

Une troisième conclusion ressort des faits rapportés, c'est que tous les procédés de vaccination sont aptes à transmettre la syphilis, pourvu que le vaccin contienne le contage syphilitique. C'est ainsi que la syphilis a pu être transmise par du vaccin contenu dans des tubes et même desséché entre des plaques de verre. Il faut considérer comme secondaire la question de l'inocuité plus ou moins grande de la sérosité vaccinale ne contenant pas de globules sanguins : il résulte, en effet, des recherches anciennes de Rollet et Ricord, des recherches plus récentes de Barthélemy que la sérosité vaccinale contient toujours des globules rouges plus ou moins nombreux.

Trois questions principales se posent pour le diagnostic : 1° les différences qui séparent le chancre vaccinal de la vaccine ulcéreuse ou chancriforme ; le signe distinctif par excellence se tire de l'évolution morbide; 2° distinguer la syphilis vaccinale des éruptions secondaires de la vaccine ; 3° différencier de la syphilis vaccinale toute syphilis qui, indépendante du vaccin comme origine, viendrait par aventure à entrer en scène à la suite de l'inoculation vaccinale. L'auteur insiste très justement sur

le fait que la transmission de la syphilis peut dans une série se faire d'un vacciné à un autre vacciné par l'intermédiaire de la lancette, lorsqu'un hasard amène un enfant syphilitique dans la série des enfants à vacciner (faits de Taylor, Ory, Lorain).

Contre la syphilis vaccinale il n'existe qu'une seule sauvegarde absolument certaine, à savoir : substituer du vaccin animal au vaccin humain. Les diverses objections que l'on a faites à cette vaccination animale ne peuvent être soutenues quand il s'agit de répondre à la nécessité de rendre la vaccine exempte de tout danger, si l'on veut en finir avec la variole. La sécurité absolue n'existe pas avec le vaccin humain : elle n'existe qu'avec le vaccin animal.

Avant de terminer le résumé de cet important ouvrage, nous devons signaler les notes et pièces justificatives rassemblées par l'auteur à la fin de son livre. Elles contiennent les récits des principales épidémies de syphilis vaccinale et mettent le lecteur au courant de tous les éléments de la question. F. BALZER.

Contribution à l'étude des syphilis graves précoces, par BAUDOUIN (*Thèse de Paris*, 1889).

La syphilis peut parfois se manifester sous les formes les plus graves à une époque rapprochée du début de l'affection, c'est-à-dire pendant la première ou la seconde année qui suit le chancre. A ces formes de la maladie convient le nom de « syphilis graves précoces ». L'auteur en décrit trois types principaux et donne, à propos de chacun d'eux, de nombreuses observations, la plupart inédites et recueillies dans le service de Fournier.

La syphilis secondaire grave précoce est caractérisée spécialement par l'exagération des symptômes généraux de la période secondaire, quelquefois par la fièvre et surtout par des phénomènes de dénutrition et d'anémie redoutables. Le second type comprend *les syphilis malignes précoces*, caractérisées par une infection intense, suraiguë, avec manifestations graves, multiples à la fois, du côté des téguments et des viscères. Dans les *syphilis viscérales précoces* apparaissent d'emblée, sans aucun phénomène grave antérieur, des déterminations viscérales qui, dans les formes normales de la maladie, ne surviennent qu'à une époque tardive. Ces divers types de syphilis ne sont pas très rares ; de même l'apparition des accidents tertiaires, avant la troisième année, paraît plus fréquente qu'on n'a l'habitude de le croire. Les syphilis graves précoces s'observent principalement chez des individus préalablement débilités ; l'alcoolisme, la scrofulo-tuberculose, toutes les causes de dépression morale ou physique, la vulnérabilité de l'organisme aux âges extrêmes de la vie sont autant de conditions auxquelles on peut les rattacher. Dans les cas où elles ne tuent pas le malade, elles compromettent souvent sa santé d'une façon irréparable dans l'avenir, et elles mettent l'organisme en état de réceptivité pour toutes les autres infections auquelles il sera exposé. Aussi la thérapeutique doit être active, spécifique et reconstituante, dans le but de guérir et de prévenir le retour des manifestations de la diathèse et de donner à l'organisme les moyens de résister à de nouvelles poussées infectieuses. F. BALZER.

I. — Roséole syphilitique tardive, par FOURNIER (*Annales de Derm. et de Syph.*, *mars* 1889).

II. — Syphilide tertiaire érythémateuse, par VIDAL (*Ibid.*).

III. — Syphilide tertiaire circinée superficielle, par VIDAL (*Ibid.*).

I. — Jeune femme qui a eu la syphilis 5 ans auparavant et qui présente actuellement sur le tronc des plaques arrondies, ovalaires, pigmentées, légèrement pityriasiques et décolorées au centre. Cette jeune femme est soumise depuis plusieurs mois à la médication spécifique sans être débarrassée de ces lésions. Il s'agit, en effet, d'une roséole tardive, peut-être même tertiaire, manifestation de la syphilis qui n'est pas très rare, et qui est remarquable par sa ténacité et sa résistance au traitement habituel.

II. — Chez un malade du service de Vidal on note la coexistence de syphilides superficielles tertiaires circinées, avec des gommes du fourreau de la verge et avec un groupe de syphilides tuberculeuses en corymbe dans la région du dos. Il y a, en outre, une tumeur gommeuse dans la région inguinale. La syphilis de ce malade remonte à trois ans.

III. — Homme de 27 ans, syphilitique depuis 11 ans, présente sur les avant-bras, les coudes et sur la partie interne des cuisses, des plaques à contour circiné, à bords à peine saillants et de coloration rosée avec squames légères. Le début de ces syphilides tertiaires superficielles remonte à trois ans.

F. BALZER.

Symptomatologie générale des cérébro-syphiloses, par Ch. MAURIAC (*Gaz. des hôp.*, *p.* 305, 19 *mars* 1889).

Les cérébro-syphiloses présentent des caractères communs à toutes les affections cérébrales, mais certains d'entre eux peuvent leur donner une physionomie particulière.

Les parésies et les paralysies des nerfs crâniens sont de ce nombre. La paralysie du moto-oculaire commun complète ou incomplète, 8 fois sur 10, est due à la syphilis.

La cérébro-syphilose s'accompagne toujours de troubles de la motilité. Il n'existe pas d'exemples dans lesquels ils aient fait défaut. Parfois il est vrai, la mort est trop rapide pour qu'ils aient eu le temps de se montrer, parfois ils ne sont que la seconde phase de l'affection ; mais, à un moment donné, toujours ils existent ; et dans l'ensemble symptomatologique, les phénomènes paralytiques l'emportent sur les phénomènes convulsifs. Du reste, les premiers suivent souvent les seconds, et l'état dépressif est, s'il n'y a pas guérison, le corollaire obligé de l'état d'excitation.

Les mêmes faits se reproduisent dans l'ordre des phénomènes intellectuels. C'est ainsi que l'obtusion, l'affaiblissement sont plus communs que les délires, surtout que les délires systématisés. Ici encore la dépression peut être précédée de l'excitation cérébrale.

La période prodromique de la cérébro-syphilis peut être reconnue; quelques symptômes, par eux-mêmes ou leur association, acquièrent une grande valeur, tels que les céphalées violentes, surtout, s'exaspérant la nuit, l'insomnie, un affaiblissement brusque et notable de la mémoire, une diminution ou une perte complète du pouvoir sexuel. Si à ces symptômes s'ajoutaient la paresse de la vessie et du rectum, des

douleurs en ceinture, avec des troubles cardio-pulmonaires, on pourrait affirmer que la syphilis a envahi tout le cerveau. F. VERCHÈRE.

Ueber einen Fall von syphilitischer Erkrankung des centralen Nervensystems (Affection syphilitique du système nerveux central, simulant à une certaine période, l'ataxie locomotrice), par Hermann OPPENHEIM (*Berlin. klin. Woch., n°* 53, *p.* 1061, 31 *décembre* 1888).

Oppenheim, qui naguère (*Arch. f. Psych.*, XV, 1885) était peu disposé à admettre une relation étiologique entre l'ataxie locomotrice et la syphilis, croit maintenant que celle-ci joue un rôle important parmi les causes du tabès. Comme Westphal (*Arch. f. Psych.,* XI, 1881), il tend, pour expliquer le fait, à supposer que l'infection syphilitique peut donner naissance à deux espèces de virus, dont l'une produit les manifestations spécifiques habituelles, tandis que l'autre provoque, dans certains districts des fibres de la moelle épinière, des dégénérations simples, comparables à celles déterminées par le seigle ergoté.

On rencontre d'ailleurs des cas où il est difficile de savoir si on a affaire à une affection syphilitique du système nerveux central ou, au contraire, à une ataxie locomotrice.

L'erreur inverse est également possible, ainsi qu'en témoigne une observation de l'auteur.

Oppenheim conclut :

1° Une affection syphilitique du système nerveux central peut donner un ensemble symptomalique très rapproché de celui de l'ataxie locomotrice.

2° Lorsqu'une cure spécifique se montre efficace contre une affection crue tabétique, on a des raisons de penser qu'il s'agit, non d'une ataxie locomotrice, mais d'un pseudotabes syphilitique.

3° Il y a lieu d'essayer le traitement mercuriel chez tous les tabétiques à antécédents syphilitiques, dès que quelque phénomène insolite ou une évolution anormale de l'affection fait naître des doutes sur l'existence d'une manifestation syphilitique.

4° Une affection syphilitique du système nerveux central et de ses méninges peut coïncider avec des lésions des noyaux des nerfs crâniens.

5° Dans tous les cas de tabes s'éloignant de la marche classique, il y a lieu de réserver le diagnostic. J. B.

Die Prognose der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, par NAUNYN (*Berlin. klin. Woch., n°* 33, *p.* 676, 13 *août* 1888).

Parmi les manifestations de la syphilis sur le système nerveux, le tabes et la démence paralytique occupent, sous le rapport pronostique, une place tout à fait à part, car le traitement spécifique est complètement inefficace.

Quant aux autres manifestations, le pronostic, sans être aussi triste, n'en est pas moins sérieux, parce que les cas de guérison durable sont très rares.

Voici comment se décomposent les 88 cas de syphilis nerveuse traités par Naunyn : 10 malades n'ont éprouvé aucune amélioration du traitement. 49 ont vu leur état amélioré. 5 sont morts et 24 ont guéri.

En compulsant les faits disséminés dans la littérature, on arrive à des résultats plus favorables, mais Naunyn les croit trop optimistes. En effet, sur 325 cas, on compte 155 guérisons (48 0/0) et 170 insuccès (52 0/0).

Les formes les plus curables sont l'épilepsie, l'irritation cérébrale (céphalée, vertiges avec accès syncopaux, vomissements et périodes d'agitation) et les affections inflammatoires des nerfs (névralgies, ophtalmoplégies, paralysie des nerfs de la base du crâne); au contraire, les monoplégies, l'hémiplégie, la paraplégie, etc., sont bien plus rebelles.

Quand le traitement doit amener une guérison ou une amélioration, les premiers indices de son efficacité ne se font en général pas attendre.

Il résulte de l'expérience de Naunyn que, si la médication iodurée n'a donné aucun résultat à la fin de la première semaine ni les frictions mercurielles énergiques (en montant graduellement de 5 à 10 grammes), à la fin de la seconde semaine, il reste très peu de chances de succès.

J. B.

Zur Kenntniss der Rückenmarkssyphilis (Contribution à l'étude de la syphilis de la moelle), par **Hans SCHMAUS** (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XLIV*, *p.* 244).

1° Un homme de 37 ans présente en mars 1887 de l'iritis spécifique. Il avait eu un chancre en 1874, avec roséole, angine, etc. A partir de 1887, le malade devient anémique. En mai il lui semble qu'il marche sur du caoutchouc; il traîne un peu la jambe. En septembre, il survient pendant la nuit une paralysie complète. Le traitement par les frictions et l'iodure à l'intérieur reste sans résultat. Il y a paralysie de la vessie et du rectum. Décubitus aigu. La mort survient le 14 septembre.

L'examen microscopique montra dans la moelle des foyers de sclérose, les uns par taches, les autres systématisés : ces derniers surtout dans les cordons postérieurs. Les cordons de Goll sont complètement dégénérés au niveau du renflement cervical. Le cordon postérieur proprement dit est peu atteint. Au niveau de la moelle dorsale, les cordons postérieurs présentent aussi de la sclérose, mais d'une façon irrégulière, par îlots. Des îlots de sclérose se rencontrent aussi disséminés dans les cordons latéraux et les cordons antérieurs. Dans ces derniers, la sclérose, qui diminue de dehors en dedans, paraît consister surtout dans un épaississement des septa conjonctifs. La plupart des artérioles sont malades : on constate une dégénérecence hyaline de leur tunique interne, et la prolifération de la névroglie adjacente.

2° Infection syphilitique datant de 21 ans, chez un homme vigoureux. Phénomènes médullaires ayant débuté 2 ans 1/2 auparavant. Ils se sont aggravés il y a 6 mois après une amélioration passagère due au traitement spécifique. Paraplégie parétique, réflexes patellaires conservés, un peu exagérés à droite. Réflexe crémastérien aboli ; un peu d'atrophie des deux jambes. Légère diminution de la sensibilité. Tuberculose pulmonaire.

Il existe un épaississement hyalin de la membrane interne des artérioles, surtout au niveau des cordons postérieurs de la moelle. Dans la substance grise de la moelle à la région lombaire, l'on trouve, du côté gauche surtout, un foyer de myélite caractérisé par une infiltration de cellules rondes, et de faisceaux conjonctifs entre-croisés. Les cellules de la substance grise ont disparu. Çà et là des noyaux munis d'un nucléole plus ou moins bien dessinés. Dans les cornes antérieures, beaucoup de cylindres dégénérés. Il y a donc combinaison de deux lésions, dégénérescence des vaisseaux et poliomyélite

antérieure, qui paraissent sans rapport l'une avec l'autre au point de vue de leur localisation. A. MATHIEU.

Un cas de chancres multiples du palais, par OHMANN-DUMESNIL (*Annales de Dermat.*, n° 11, 1888).

Cr..., âgé de 54 ans, présente sur le côté droit du palais deux chancres, saillants, fétides, l'un offrant les dimensions d'une pièce de un franc, l'autre d'une pièce de cinquante centimes. Il y a adénopathie sous-maxillaire prédominant du même côté, céphalée, roséole. Guérison rapide par le bichlorure de mercure. La contagion avait été probablement déterminée par une pipe qui avait servi à plusieurs personnes; le malade se souvenait s'être écorché la bouche quatre ou cinq semaines avant l'apparition des chancres.

F. BALZER.

Ueber extragenitale Syphilisinfection, par POSPELOW (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *Heft* 2, 1889).

Dans les conclusions de ce travail, l'auteur dit que la syphilis extra-génitale est plus répandue à Moscou dans la population féminine ouvrière que dans la population masculine : hommes 52, femmes 145. Il en est de même dans les autres villes d'Europe. Cela tient à la fois à la position sociale de la femme et au fonctionnement de certains organes (infections par la mamelle dans l'allaitement). C'est surtout par la bouche que se fait l'infection extra-génitale (baisers, contact d'objets contaminés). L'allaitement est le deuxième facteur important de l'infection, soit par un enfant né syphilitique, soit plus rarement par un enfant devenu syphilitique après la naissance. L'infection syphilitique par l'intermédiaire d'objets qui servent à plusieurs personnes s'observe surtout dans les petits ateliers. Le défaut de soins et de surveillance de la part des maîtres explique aussi les syphilis extra-génitales qu'on observe chez les servantes, femmes de chambre ou cuisinières. Dans un prochain travail, l'auteur s'occupera des mesures de prophylaxie à prendre contre la syphilis extra-génitale. F. BALZER

Contribution à l'étude de l'angine syphilitique précoce, par DU CASTEL (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 2 *juin* 1888).

L'angine syphilitique a pour caractéristique un développement très précoce des glandules débutant sur la ligne médiane, pour s'étendre à toute la surface du voile. Ces glandules forment de petites saillies, pâles, transparentes, se détachant nettement sur le fond de la muqueuse ; peu à peu il se produit une vascularisation de la muqueuse, et ils deviennent alors opaques et rougeâtres. La vascularisation ne procède pas comme dans les angines simples, par une coloration diffuse, uniforme. Elle est, au contraire, le résultat d'une injection isolée des plus fins capillaires, par îlots plus ou moins nombreux, se prononçant autour des glandules. Ce n'est que peu à peu et dans un stade plus avancé qu'on voit la rougeur se diffuser pour donner à toute la muqueuse un aspect uniforme. Mais ces transitions se font graduellement, par étapes qu'on peut suivre et sans réactions très prononcées; c'est une lésion à marche progressive et indolente.

Ces caractères ne persistent pas au delà de 2 à 3 semaines; au delà, l'infiltration diffuse de la muqueuse ne permet pas de relever des types définis et spéciaux. A. C.

Examen microscopique des cheveux dans l'alopécie syphilitique, par DARIER (*Annales de Derm. et de Syph., mars* 1889).

Dans l'alopécie syphilitique, il s'agit à la fois d'une chute en nombre exagéré de cheveux à bulbe plein, normalement conformés, c'est-à-dire d'une véritable mue et d'autre part d'une altération atrophique plus ou moins marquée de quelques-uns d'entre eux. Ces cheveux ont dans leur partie inférieure un diamètre qui n'est que la moitié ou même le quart de ce qu'il est dans la partie supérieure de la tige. D'autres, 5 0/0 environ, montrent un effilement complet de la racine, sans bouton terminal. D'après Darier, l'état des poils dans l'alopécie syphilitique diffère beaucoup de l'état des poils dans la pelade et ressemblerait plutôt à ce que l'on peut observer dans l'alopécie des fièvres ou de l'érysipèle. F. BALZER.

Sulla sifilide renale, par CARMELO (*l'Osservatore*, 1888).

La syphilis rénale d'origine congénitale ou d'origine acquise présente des formes variées, depuis la néphrite simple jusqu'à la néphrite interstitielle ou gommeuse. Ces néphrites ne peuvent être distinguées de celles qui reconnaissent une autre cause. Elles apparaissent plutôt dans les périodes anciennes de la syphilis, mais assez souvent aussi elles sont précoces. Le traitement seul peut servir à les distinguer des autres néphrites. Le traitement mixte et le mercure sont indiqués pour combattre le développement des lésions rénales. F. BALZER.

Quelques observations d'hydarthrose syphilitique secondaire, par GOUGET (*Annales de Derm. et de Syph., mars* 1889).

L'auteur vient d'observer une série de quatre cas d'hydarthrose syphilitique secondaire dans le service de Fournier. Ces hydarthroses sont souvent précoces et atteignent surtout la femme. Leur siège habituel est l'articulation du genou. Elles sont souvent bilatérales. En général, il y a peu d'épanchement. L'hydarthrose débute insidieusement presque sans douleur, sans réaction inflammatoire : la marche reste possible, quelquefois même facile. Il arrive même que les malades ignorent complètement cette manifestation articulaire qui est découverte par le médecin. Ces hydarthroses sont très rebelles au traitement et passent quelquefois à l'état chronique avec production de frottements, de craquements dans la jointure, gêne plus ou moins accusée des mouvements. Quant à l'ankylose, à la pseudo-tumeur blanche syphilitique, ce sont des manifestations tertiaires que l'hydarthrose secondaire peut fournir dans l'avenir, mais non déterminer elle-même. F. BALZER.

I. — Recherches expérimentales sur les lésions nécrosiques causées par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles insolubles, par F. BALZER et Mlle KLUMPKE. (*C. R. Soc. biologie, 7 juillet* 1888).

II. — Injections intra-musculaires d'huile grise et d'oxyde jaune de mercure, par BALZER et REBLAUB (*Ibidem, 3 novembre* 1888).

III. — Nyere Injectionsbehandlingen mod Syphilis (Des nouvelles méthodes d'injections contre la syphilis), par PONTOPPIDAN (*Hospital-Tidende*, 3 *R. V.*, 51-52, 1887).

IV. — Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio expérimentée à l'hôpital de Lourcine, par SIBILAT (*Thèse de Paris* 1888).

V. — Ueber die Behandlung von Syphilis mit Calomelinjectionen, par NEUMANN (*Wien. med. Presse*, *n°* 32, *p.* 1161, 1888).

VI. — Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires d'oxyde jaune de mercure et de calomel, par MUCHARINSKIJ (*Comptes rendus de la Société de médecine de Slawropol* (*Caucase*), *III*, 3, *et Vierteljæhr. f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 3, 1888).

VII. — Zur Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Hydrargyrum, par G. KÜHN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 31, *p.* 635, 1888).

VIII. — Hydrargyrum benzoicum oxydatum (Oxy-benzoate de mercure), par STOUKOWENKOFF (*Broch. Kiew*, 1888).

IX. — Einspritzungen von Salicyl-und Thymol-Quecksilber zur Syphilisbehandlung (Des injections de salicylate et de thymate de mercure dans le traitement de la syphilis), par J. JADASSOHN et E. ZEISING (*Vierteljæhreschr. f. Dermat. u. Syph.*, *Heft* 5, 1888.)

X. — Ueber die therapeutische Verwendung des Quecksilbersalicylats (De l'emploi thérapeutique du salicylate de mercure), par Arthur PLUMERT (*Vierteljæhr. f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 5, 1888).

XI. — Die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Hydrargyrum oxydatum carbolicum (Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de phénate de mercure), par HAPPEL (*Thèse de Wurtzbourg*, 1888).

XII. — Les syphilides secondaires de la bouche traitées par les injections mercurielles, champ aphlegmasique dans la pratique des injections, par ROSOLIMOS (*Annales de Derm. et de Syph.*, *septembre* 1888).

XIII. — Le iniezoni ipodermiche di mercurio metallico, par DE LUCA (*La Riforma medica*, *mai* 1888).

XIV. — Ueber die Verwendung des grauen Œles in der Syphilistherapie (L'huile grise), par LANG (*Soc. des méd. de Vienne*, *18 mai* 1888).

XV. — De la question du mercurialisme et du traitement de la syphilis par les injections de mercure métallique, par PROCHOW (*Wratsch.*, *n°* 40 (*en russe*), 1887).

I. — Les injections sous-cutanées de calomel et d'oxyde jaune sont toujours suivies d'une nécrose plus ou moins étendue du tissu conjonctif hypodermique. Ces nécroses doivent obliger les médecins à ne pas multiplier ces injections outre mesure et à n'employer que des doses peu élevées, incapables de produire des lésions trop étendues. P. L.

II. — L'huile grise détermine dans le muscle des collections hématico-purulentes qui se limitent au tissu conjonctif interstitiel sans amener ni altérations profondes ni nécrose du tissu musculaire : les lésions

arrivent à une résolution complète. L'oxyde jaune altère plus profondément le tissu musculaire. P. L.

III. — Après un historique rapide de la méthode des injections dans la syphilis et après avoir montré le peu de durée de l'action des sels solubles par suite de leur rapide élimination, l'auteur insiste sur les sels insolubles, parmi lesquels il a surtout expérimenté le calomel et l'oxyde jaune. Les avantages sont : propreté et simplicité de la méthode, certitude du traitement, action énergique et durable. Les douleurs ne sont pas plus vives qu'avec le sublimé. L'auteur n'a jamais eu d'abcès, par contre des infiltrats considérables assez fréquents. Dans deux cas, stomatite sérieuse après une injection de 20 centigrammes de calomel. Avec 10 centigrammes, à peine quelques stomatites légères. REBLAUB.

IV. — Les injections de calomel ou d'oxyde jaune faites dans les muscles à la dose de cinq à sept centigrammes ne donnent jamais d'abcès. Le meilleur véhicule est l'huile de vaseline. Le composé mercuriel employé doit être porphyrisé, lavé à l'alcool bouillant, puis séché à l'étuve avant d'être incorporé dans l'huile. L'intervalle qui sépare chaque injection est de dix à douze jours, suivant les cas. Les injections sont très actives et peuvent être placées sur le même rang que les frictions : quatre injections de 10 centigrammes suffisent en général pour traiter les accidents secondaires et tertiaires en cours d'évolution, mais non pour empêcher les récidives. La douleur est modérée ; l'irritation va quelquefois jusqu'à produire une nécrose partielle des tissus, surtout si l'injection n'est pas faite dans le muscle. Mais cette nécrose est de peu d'importance et ne se complique pas d'abcès si l'on ne dépasse pas les doses de cinq à sept centigrammes. Elle se résorbe habituellement, et quand elle se liquéfie et donne lieu à un abcès, la guérison se produit facilement, sans aucune complication. La réaction produite par l'huile grise de Lang paraît moins intense que celle qui suit les injections de calomel ou d'oxyde jaune ; mais nous connaissons moins ses effets thérapeutiques. La méthode de Scarenzio est contre indiquée absolument chez les albuminuriques et les cachectiques. Son application doit être rigoureusement surveillée chez les individus atteints de gingivite ou de carie dentaire, chez les scrofuleux, chez les obèses. La stomatite peut être évitée par une antisepsie buccale rigoureuse. Sibilat donne dans cette thèse la statistique du service de Balzer, dressée par Mlle Klumpke. Son travail est un plaidoyer en faveur de la méthode de Scarenzio, qu'il défend énergiquement par des arguments d'ordre théorique et pratique. Il donne en outre un historique très complet de cette méthode et rapporte un certain nombre d'observations intéressantes. F. B.

V. — Neumann a pratiqué les injections de calomel chez 52 syphilitiques à diverses périodes ; en tout 344 injections, ce qui donne à peu près 7 injections par sujet. Dans les cas graves (syphilis tuberculeuse, par exemple) il faisait jusqu'à 13 injections, mais certains cas bénins en ont nécessité le même nombre, de sorte que la méthode ne paraît pas mériter la réputation qu'on lui a faite au point de vue de l'abrévation de la cure.

Les injections n'ont aucune action sur le chancre ; elles n'empêchent pas les macules de s'étendre. Elles modifient donc peu les accidents récents. Elles n'ont d'influence ni sur le gonflement périostique ni sur la douleur qui l'accompagne.

Elles n'empêchent pas les récidives (14 récidives observées par l'auteur).

Elles ont donc une valeur moindre que les frictions. Ce n'est cependant pas un procédé à dédaigner : il est commode pour les malades qui ont 5 ou 6 jours de repos entre deux injections. L. GALLIARD.

VI. — Mucharinskij a employé la formule de Besnier. Il a fait 63 injections d'oxyde jaune sur 8 malades. Jamais d'abcès. Quelques indurations douloureuses. Les 47 injections intra-musculaires de calomel faites parallèlement aux 14 malades ont toujours déterminé une réaction locale plus vive et ont fourni un abcès. La conclusion de l'auteur est celle-ci : Le traitement de la syphilis par la méthode des injections intra-musculaires de sels insolubles de mercure ne saurait, malgré sa simplicité, devenir une méthode générale de traitement, à cause des phénomènes d'irritation locale. REBLAUB.

VII. — Kühn compare les injections d'oxyde jaune aux injections de calomel. Elles sont beaucoup moins douloureuses que ces dernières et déterminent une réaction beaucoup moins vive ; elles provoquent moins souvent la stomatite. Mais leur efficacité est inférieure à celle des frictions. Aussi l'auteur a-t-il l'habitude de commencer avec les injections d'oxyde jaune et de s'en contenter si les accidents disparaissent rapidement; si les progrès de la cure sont trop lents, il a recours au calomel, et de même dans les récidives graves. Les récidives légères sont combattues à l'aide de l'oxyde. L. GAILLARD.

VIII. — L'oxybenzoate de mercure contient 42 0/0 de mercure. C'est un sel blanc, cristallisé, sans odeur ni saveur, à réaction acide, peu soluble dans l'eau et dans l'éther, soluble dans l'alcool. Stoukowenkoff l'a fait préparer par Brandt à Kiew et l'a employé dans plus de 300 cas de maladies vénériennes, chancres mous, blennorragies, syphilis. Pour la syphilis il a employé une solution de 0,25 pour 30 avec l'addition de 0,06 de NaCl : il injectait chaque jour une seringue de Lewin entière dans la fesse. En ajoutant 0,12 de chlorydrate de cocaïne à la solution l'injection n'était pas douloureuse. On retrouve le mercure dans l'urine dès le premier jour. La roséole disparaissait après une ou trois injections; il en fallait de 6 à 15 pour les papules; 8 à 20 pour les tubercules; 12 à 24 pour les lésions gommeuses. — Stoukowenkoff a employé aussi le salicylate de mercure en suspension dans l'huile de vaseline à 10 0/0. Le mercure apparaît dans l'urine plus tôt qu'avec l'injection de calomel ou d'oxyde jaune de mercure. Il y avait des douleurs, mais pas d'inflammations locales, pas d'abcès. Il fallut habituellement deux ou trois injections pour obtenir la disparition des accidents. Donné en pilules de six milligrammes, l'oxybenzoate de mercure agit moins énergiquement. Il fallait 40 ou 60 pilules pour faire disparaître la roséole.

Les injections de 0,06 à 0,15 de benzoate de mercure pour 400 d'eau diminuent rapidement les écoulements blennorragiques. Après la période aiguë, Stoukowenkoff porte la solution à 0,06 pour 200. Pour les injections intravésicales, il emploie la solution à 0,006 pour 400.

Le benzoate de mercure agit favorablement sur le chancre mou, mais il détermine des cuissons assez vives. Il est nécessaire de le mélanger avec une poudre indifférente par moitié ou au quart. F. BALZER.

IX. — Les expériences faites par Jadasshon et Zeising à la clinique de

Neisser (de Breslau) avec le salicylate de mercure et différentes combinaisons de mercure avec le thymol leur ont montré que les résultats obtenus étaient identiques. Ils peuvent être résumés de la façon suivante : 1° les injections intra-musculaires, faites avec des liquides (l'huile de vaseline), tenant en suspension ces sels au titre de 10 0/0, déterminent si rarement des douleurs et des infiltrats, et ces derniers, quand ils existent, sont si peu considérables, qu'aucun autre sel insoluble de mercure ne saurait leur être comparé. Au point de vue des douleurs, l'huile grise seule mérite d'être mise à part; — 2° les injections font disparaître les diverses manifestations de la syphilis avec une rapidité et une énergie très grandes ; leur action n'atteint pas tout à fait celle du calomel en suspension dans l'huile au titre de 10 0/0, mais est certainement supérieure à celle de l'huile grise ; — 3° six à huit injections de 10 centigrammes du sel représentent une quantité de mercure suffisante pour le premier traitement ; ces injections peuvent être faites à intervalles rapprochés, souvent deux dans la même séance, sans qu'on ait à craindre des accidents ou des complications. Le mercure continue à être éliminé encore pendant longtemps après la dernière injection.

Jadassohn a fait quelques injections à des lapins pour étudier les désordres locaux produits par ces sels. Ces derniers sont semblables à ceux constatés déjà par d'autres auteurs pour les autres sels insolubles; de plus, comme ceux-ci, les sels en question paraissent devoir subir une décomposition en mercure métallique pour être absorbés. REBLAUB.

X. — Les excellents résultats obtenus avec le salicylate de mercure par Silva Aranjo ont engagé Plumert à l'expérimenter sur les marins confiés à ses soins. Le sel employé par lui avait une réaction neutre ; il était tout à fait incolore et inodore. Il se dissout dans l'eau additionnée d'un poids égal de carbonate de potasse ou de soude.

Employé contre la blennorragie urétrale de l'homme d'après la formule suivante : salicylate de mercure et carbonate de potasse, de chacun un à trois grammes, eau distillée 1,000 grammes, il a donné des résultats très remarquables. Dans l'urétrite aiguë, les injections faites dès le premier jour amènent une diminution de la sécrétion qui se tarit complètement au bout de 8 à 10 jours. Dans l'urétrite chronique et postérieure, les applications faites avec les instruments et suivant la méthode qui est usité pour les instillations de nitrate d'argent amenaient la guérison en moins d'un mois. Ajoutons que ces injections, même avec la solution à 3 pour 1,000, ne déterminaient d'autre phénomène subjectif qu'une légère sensation de brûlure.

Les chancres mous et indurés furent traités par des applications de coton hydrophile trempé dans une solution au 1/100e; la cicatrisation fut très rapide. Mais cette solution détermine facilement de petites eschares et des érythèmes ou des eczémas. Aussi est-il préférable de la remplacer par des pommades ainsi composées : salicylate de mercure, 1 gramme; vaseline, 25 à 30 grammes.

Enfin la syphilis constitutionnelle fut traitée d'une part par des injections sous-cutanées, d'autre part par voie digestive. Au point de vue des injections sous-cutanées, le salicylate de mercure présente l'inappréciable avantage de ne pas coaguler les matières albuminoïdes et d'être vite absorbé, grâce à la facilité avec laquelle il se dissout en présence du

chlorure de sodium de l'économie. Les injections sont faites avec une solution de 1/100e dont on injecte tous les jours une seringue de Pravaz soit 0,01 centigramme de sel. Les résultats furent très rapides ; les inconvénients nuls, sauf une légère douleur survenant quelques minutes après l'injection et durant une à deux heures; pas d'infiltrats, pas de stomatite. Le traitement total comporte 30 injections répétées tous les jours. Donné par voie stomacale sous forme de pilules de 25 milligrammes, ce sel ne produit pas les troubles gastro-intestinaux si fréquents avec les autres composés mercuriels et donne des résultats encore très satisfaisants.

REBLAUB.

XI. — Résultats des expériences faites à l'hôpital de Wurzbourg sur 18 malades qui ont reçu 296 injections. La dose injectée était de 2 centigrammes, et l'injection était répétée en moyenne tous les jours. Le traitement comportait une moyenne de 15 injections faites dans l'espace d'un mois. Jamais d'abcès; fréquemment petits noyaux douloureux au point d'injection. La stomatite peut être évitée facilement. Chez plusieurs femmes, on a observé des malaises, des frissons, de la céphalalgie. L'action thérapeutique a toujours été parfaite ; il s'agissait dans tous les cas de syphilis secondaire. REBLAUB.

XII. — Rosolimos produit des statistiques qui montrent que le mercure introduit par la voie hypodermique peut à lui seul, dans la grande majorité des cas, faire disparaître rapidement les syphilides buccales, ce qu'on attendrait en vain dans un certain nombre de cas de la médication topique, associée à l'administration du mercure par la voie stomacale et les frictions. L'examen comparatif des chiffres qu'il donne ne laisse aucun doute à cet égard. Il emploie de préférence le sublimé en solution dans l'eau. Il fait les injections exclusivement dans la région dorsale : dans ce point la réaction est beaucoup moins vive et moins douloureuse.

F. BALZER.

XIII. — Cette méthode employée d'abord par Prochow a été étudiée par l'auteur expérimentalement et cliniquement. Injecté sous la peau du lapin à la dose de 1^{gr},50, le mercure est absorbé très lentement; il reste emmagasiné au lieu d'injection, et il faut un an au moins pour son absorption complète. Il se saponifie sur place et est absorbé sous forme de chlorure. On ne trouve pas trace de mercure à quelques centimètres du foyer d'injection. Au centre de ce foyer le mercure reste brillant; dans la partie externe il devient gris et est disséminé en gouttelettes. Chez l'homme, l'auteur n'a fait que quatre injections à la dose de 2 grammes par malade. Le mercure est bien toléré localement et les injections ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux. Il passe dans les urines en quantité extrêmement faible. Ses effets sur les manifestations de la syphilis furent assez favorables. F. BALZER.

XIV. — Lang emploie sous le nom d'huile grise le mélange suivant :

Mercure . . . . }	*ââ* 3 parties.
Lanoline . . . . }	
Huile d'olive. .	4 parties.

Ce mélange contient 30 0/0 de mercure métallique; aussi peut-on se contenter de doses faibles. Les formes moyennes de la syphilis ne nécessitent guère plus de 3 centimètres cube d'huile grise

par semaine en injection hypodermique, pendant deux ou trois semaines. Il est bon de suspendre le traitement pendant quinze jours, puis on reprend des injections de 1 centimètre cube, de façon à injecter en tout 1^{cc} 1/2 ou 2 centimètres cubes.

Le traitement expérimenté par l'auteur depuis 4 ans est bien supporté. Il est commode, il ne détermine jamais d'abcès. On peut l'employer dans des cas où les frictions seraient impossibles. L'auteur a injecté, par exemple, de l'huile grise dans une gomme excavée du tibia qui n'avait qu'une ouverture fort étroite. L. GALLIARD.

XV. — Prochow a entrepris sur 40 malades des expériences sur les injections sous-cutanées de mercure métallique. Chaque injection était de 50 centigrammes à 2 grammes de mercure très pur et était répétée tous les 5 à 6 jours. Les résultats obtenus étaient satisfaisants. 3 à 5 injections suffirent pour faire disparaître les accidents secondaires ordinaires. REBLAUB

Ueber Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomelinjectionen, par E. FINGER (*Wien. med. Presse*, n° 48, p. 1729, 1888).

L'auteur a pratiqué, sur 39 malades, 229 injections. Il n'a jamais eu d'autre accident que la formation de nodosités peu douloureuses. Jamais il n'a vu d'abcès. Il considère comme absolument superflue l'injection préalable de cocaïne.

Il divise ces cas en 3 catégories :

1° 23 faits dans lesquels la cure a été rapide et manifeste. Les accidents syphilitiques secondaires ont disparu sous l'influence de 3 à 6 injections.

2° 8 faits où la guérison apparente des accidents a été suivie de récidive au bout de quelques mois.

3° 8 faits de syphilis rebelle, grave, nécessitant un grand nombre d'injections ou résistant même complètement au calomel.

En résumé, le traitement par les injections est aussi efficace que les frictions ; il est plus commode et plus précis, puisqu'il permet de doser les médicaments employés ; mais il ne réalise pas encore l'idéal, puisqu'il ne détruit pas mieux que les autres procédés le virus syphilitique et puisqu'il se heurte même à des cas réfractaires. L. GALLIARD.

Die Verwendung des Oleum cinereum benzoatum (Neisser) zur Syphilisbehandlung (De l'emploi de l'huile grise benzoïnée dans le traitement de la syphilis), par HARTTUNG (*Vierteljæhreschrift für Dermatologie u. Syphilis*, *Heft* 3, 1888).

Harttung fait à l'huile grise, telle qu'elle est recommandée par Lang (mercure métallique, axonge ou lanoline et huile d'olive), trois reproches très sérieux : 1° cette préparation s'altère rapidement et doit être renouvelée au plus tard tous les quinze jours ; 2° elle est très épaisse, obstrue facilement la canule et, pour acquérir un degré de fluidité suffisant, a besoin d'être chauffée légèrement ; 3° l'examen microscopique démontre que le mercure y est distribué en gouttelettes assez grosses, qu'il est par conséquent imparfaitement divisé. Pour obvier à ces in-

convénients, Neisser a substitué, à la préparation de Lang, la suivante :

Mercure métallique	20	parties.
Teinture de benjoin................	5	—
Huile de vaseline..................	40	—

Chaque centimètre cube contient ainsi $0^{gr},3766$ de mercure. Chaque injection est de $0^{cc},25$ et est renouvelée tous les huit jours. Dans certains cas, la dose a été plus considérable, 1 centimètre cube en une seule injection. Le nombre des injections a été de 10 au plus ; en général, 4 suffisaient.

Les effets locaux sont presque insignifiants : légère douleur de peu de durée et qui n'est même pas constante ; jamais d'abcès, mais toujours petit noyau d'induration variant depuis la grosseur d'un noyau de cerise jusqu'à celle d'une noisette. Il y a eu quelques stomatites légères imputables au mauvais état de la bouche et qui ont disparu très rapidement par un traitement convenable.

L'absorption se fait assez rapidement : dès le troisième jour, les urines contiennent du mercure ; dans un cas, elles en présentaient trois heures et demie après l'injection. Chez un malade qui avait eu deux piqûres de $0^{cc},25$ chacune, on a pu constater la présence du mercure dans les urines encore trois mois et demi après la dernière piqûre.

Des expériences ont été faites sur des chiens, des cobayes et des lapins ; les foyers d'injection, excisés et examinés au microscope, ont montré que le mercure se trouvait transporté par les gouttelettes d'huile dans toutes les directions à partir de la piqûre ; qu'il ne se formait pas, comme on aurait pu le croire, une membrane fibreuse d'enveloppe encapsulant la matière injectée. Les injections intramusculaires dissocient les faisceaux, mais n'altèrent pas la fibre elle-même. La réaction locale est donc pour ainsi dire nulle.

L'effet curatif des injections d'huile grise benzoïnée est inférieur à celui des injections de calomel, mais n'en est pas moins très suffisant pour les cas de syphilis ordinaire. REBLAUB.

Il sottoioduro di bismuto nella cura locale delle manifestazioni sifilitiche del naso, par MASUCCI (*Rassegna intern. delle mal. del naso, janvier* 1889).

Masucci a employé le protoiodure de bismuth dans une quarantaine de cas de lésions syphilitiques secondaires ou tertiaires, du nez, du pharynx et du larynx,et en a obtenu les plus heureux effets. En 8 à 15 jours les lésions étaient guéries. Il l'emploie directement en insufflations, et trouve cet agent supérieur aux autres médications locales. A. CARTAZ.

L'ittiolo succedaneo del mercurio nella cura della sifilide, par PERONI (*Giorn. della R. Ac. di Med. di Torino, janvier* 1889).

L'ichthyol a été essayé, dans 28 cas très variés de syphilis, à la clinique de Gibello, à Turin. On le donnait, à l'intérieur, à la dose de 1 à 2 grammes par jour ; à l'extérieur, il était appliqué ensolution aqueuse ou éthérée à 5 0/0, quelquefois à l'état de pureté. Il donne de bons résultats si on le donne en même temps que l'acide salicylique. Il empêche les stomatites si on l'associe aux injections sous-cutanées de mer-

cure. Il améliore rapidement l'état général et local dans les lésions syphilitiques. L'auteur l'a employé pendant plusieurs mois jusqu'à la disparition des accidents. F. BALZER.

Ueber die gonorrhoïsche Schleimhautaffection beim Weibe (La blennorragie des muqueuses chez la femme), par **FABRY** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 43 *p.* 876, 1888).

L'auteur a recherché les gonococcus sur les muqueuses de la femme pour contrôler les résultats de Steinschneider. Sur 38 malades fournissant le gonococcus, la muqueuse du col était seule intéressée dans 2 cas, celle de l'urètre seule dans 20 cas, celles des 2 organes simultanément dans 16 cas.

Il y a des cas où l'endométrite cervicale est certaine, avec des sécrétions abondantes, sans qu'on puisse trouver le gonococcus. Les sécrétions urétrales se prêtent mieux à la découverte du microorganisme. La blennorragie urétrale est plus fréquente chez la femme qu'on ne l'admet en général ; elle passe souvent inaperçue des médecins. Il faut la rechercher et la traiter énergiquement si l'on veut éviter les récidives chez les sujets dont le vagin est guéri, mais qui conservent encore dans le conduit urétral une source d'infection.

Sur 12 examens de pus provenant des glandes de Bartholin, l'auteur n'a trouvé que 2 fois les gonococci. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude du pouvoir antiseptique de l'acide fluorhydrique, par DU CASTEL et CRITZMAN, (*C. R. Soc. de biologie*, 17 *nov*. 1888).

Les auteurs ont employé les injections d'acide fluorhydrique dans le traitement de la blennorragie. Ces injections n'ont paru avoir aucune action sur le gonococcus, quel qu'ait été le titre de la solution employée (de 1 pour 1000 à 1 pour 20000). L'acide fluorhydrique n'a donné comme traitement aucun résultat avantageux : la solution au millième a semblé irritante et mal supportée par la muqueuse urétrale. PAUL LOYE.

De l'action de la résorcine dans le traitement de la vaginite blennorragique, par DUBARD (*Thèse de Paris*, 1889).

D'après les résultats obtenus dans le service de Hirtz, à l'hôpital de Lourcine, l'auteur conclut que la guérison de la vaginite peut être obtenue en vingt jours de traitement. Il est nécessaire de dépasser la proportion de 6 0/0; on peut aller jusqu'à 12 0/0 en solution glycérique ou aqueuse. Les solutions fortes déterminent une abondante desquamation. — Bien que la résorcine soit anesthésiante, il est bon d'ajouter de la cocaïne ou de la belladone aux solutions destinées à imbiber les tampons. L'auteur a obtenu aussi d'excellents effets des crayons urétraux à la résorcine à 6 et 7 0/0. F. BALZER.

Ueber gonorrhoische Allgemein-Infection und Misch-Infection, par HAAB (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 8, *p.* 253, 15 *avril* 1888).

Il s'agit d'un malade ayant présenté une infection générale grave, à la suite d'une uréthrite blennoragique. La mort paraissait imminente à cause de l'épuisement extrême occasionné par une fièvre continue, qui persista durant des semaines, en résistant à toutes les médications.

Cet homme présentait des épanchements dans les articulations des genoux et des coudes; il avait des abcès dans l'aisselle gauche. Il perdit un œil et fut près de perdre l'autre par des conjonctivites spécifiques; enfin il eut consécutivement une cyclite très longue avec diminution énorme de la tension oculaire.

L'épanchement du genou ne renfermait aucun microrganisme; un des abcès axillaires ne contenait que des staphylocoques. J. B.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Classification des maladies mentales, par BAILLARGER (*Ann. méd. psych*, *mars* 1889).

Doit-on, dans la classification des maladies mentales, assigner une place à part aux pseudo-paralysies générales? Telle est la question que se pose Baillarger, et il résume ainsi sa réponse. Il est parfaitement démontré que des aliénés peuvent présenter pendant un temps variable tous les symptômes de la paralysie générale, sans être réellement des paralytiques généraux. Tous ces malades, qu'ils aient ou non des antécédents d'alcoolisme, de saturnisme ou de syphilis, sont des pseudo-paralytiques. — Les pseudo-paralysies générales se terminent par la guérison ou par la démence simple sans paralysie. — Dans un assez grand nombre de cas, les guérisons ne sont que temporaires, et, après un temps plus ou moins long, on voit assez souvent les malades, s'ils ne succombent pas à des accidents cérébraux aigus, mourir avec tous les symptômes de la véritable paralysie générale. — Les pseudo-paralysies générales avec délire des grandeurs, qu'on a séparées de la paralysie générale vraie, ne peuvent, d'autre part, être réunies aux folies simples ; elles sont en effet très distinctes : 1° par les caractères du délire; 2° par l'hésitation de la parole et le plus souvent par l'inégalité des pupilles ; 3° par la gravité du pronostic, les malades après leur guérison étant assez souvent atteints plus tard de paralysie générale. — Il faut donc, selon Baillarger, leur assigner une place à part dans la classification des maladies mentales. DESCOURTIS.

I. — **On a particular variety of epilepsy... (Epilepsies à aura intellectuelle), par Hughlings JACKSON** (*Brain, XLII, p.* 179, 1888).

II. — **Absence of motor areas in the brain of an epileptic, par Munro SMITH** (*Ibidem*, *p.* 225, *juillet* 1888).

III. — **Die Beziehungen der hinteren... (Rôle de la partie postérieure de l'écorce cérébrale dans l'attaque épileptique), par UNVERRICHT** (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XLIV*, *p.* 1).

IV. — **A case of epilepsy with olfactory aura..., par H. JACKSON** (*Brit. med. j.*, *p.* 414, *février* 1889).

I. — Dans la variété d'épilepsie que décrit Jackson, le symptôme pré-

dominant est l'aura intellectuelle du début, l'état de rêve (dreamy state) qui précède la crise. Les malades ont la réminiscence de ce qu'ils ont fait la veille ou jadis, avec une netteté singulière : puis se développe rapidement une impression sensorielle (d'odorat ou de goût principalement) qui annonce l'invasion de l'accès. Celui-ci commence presque toujours par les convulsions.

L'intérêt clinique de cette forme d'épilepsie, c'est qu'elle ne se rencontre pour ainsi dire jamais dans le cas de lésion organique du cerveau : elle ne se voit que dans l'épilepsie névrose : c'est donc un élément important de pronostic. De plus, dans les formes atténuées, l'état de rêve peut se montrer seul, annonçant longtemps à l'avance (un ou deux jour par exemple) l'attaque épileptique, et susceptible d'être à lui seul, l'attaque tout entière. L'auteur cite des cas d'individus se rendant compte plusieurs fois par jour de pensées qui leur sont étrangères habituellement et qu'il faut considérer comme des causes de petit mal. Il pense que cet élément psychique existe chez la plupart des épileptiques, et qu'il est fort important de le rechercher. Suivent des observations cliniques qui mettent ces particularités en évidence. H. R.

II. — Un épileptique, âgé de 51 ans, tombe dans le feu pendant une attaque et meurt de ses blessures. On trouve à son autopsie une atrophie absolue de la zone motrice droite : à la place existait un kyste attenant à la dure-mère.

Pendant la vie, on avait noté un pied-bot varus équin gauche et de la contracture du bras gauche.

L'auteur discute l'origine de la lésion, qu'il rattache à une méningite localisée datant de l'enfance : il n'y avait pas de trombose des sinus ni d'artérite concomitante. Il insiste sur la possibilité d'atrophie de la substance grise sans perte de la fonction de l'écorce, puisqu'il n'y avait ni paralysie faciale, ni atrophie musculaire pendant la vie. Il est probable que la lenteur extrême avec laquelle se fait la lésion permet la suppléance des fonctions cérébrales par les cellules nerveuses adjacentes. H. R.

III. — L'observation clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation démontrent que les parties sensitives de l'écorce cérébrale peuvent jouer un rôle dans la physiologie des attaques épileptiques. Tout d'abord, on rencontre souvent l'aura visuelle : couleurs, flammes, globes de feu, animaux, figures plus ou moins effrayantes, etc.).

On a relevé plusieurs fois à l'autopsie d'individus qui avaient eu des accès épileptiques des lésions limitées aux parties postérieures du cerveau : tumeurs, abcès, etc.

Ces considérations ont amené l'auteur à entreprendre des expériences sur le chien. Il enlève ou isole par section profonde toute la partie antérieure de l'hémisphère cérébral d'un côté, et excite électriquement la partie postérieure persistante.

Sur le chien, les centres moteurs, ceux des muscles de l'œil en particulier sont situés très loin dans cette direction ; il en résulte que l'on détermine chez eux des mouvements des globes oculaires, en même temps que des convulsions dans les membres du côté opposé à l'hémisphère lésé.

Les convulsions des membres indiquent la participation possible des circonvolutions postérieures dans les crises épileptiques : l'irritation peut partir de la région occipitale.

Les mouvements des yeux sont constitués par du nystagmus latéral, puis par de la déviation conjuguée. Il serait à rechercher si chez l'homme ce nystagmus et cette déviation conjuguée n'existent pas quelquefois au début de l'attaque épileptique. Leur coïncidence avec des troubles visuels, et en particulier avec l'hémianopsie, pourrait faire songer à une lésion de la partie temporo-occipitale du cerveau. A. MATHIEU.

IV. — Femme de 53 ans, atteinte depuis un an de crise épileptique. L'accès débutait par du tremblement des mains et des bras, accompagné de la vision d'une femme noire, et souvent d'une horrible odeur qui la suffoquait. Puis les yeux devenaient fixes, mais elle ne perdait pas complètement connaissance, bien qu'ayant des émissions d'urine involontaires. Bientôt le bras droit et la jambe s'affaiblirent, puis se paralysèrent : on constata de la névrite optique et la malade mourut avec les signes d'une tumeur intracrânienne.

L'autopsie démontra une tumeur sarcomateuse occupant l'extrémité antérieure du lobe temporosphénoïdal, sans empiéter sur l'écorce grise de la circonvolution de l'hypocampe.

Or, c'est précisément dans le lobule de l'hypocampe et la région avoisinante que Ferrier a localisé le sens de l'odorat. Ce fait est d'autant plus intéressant que la malade de Jackson n'avait pas perdu l'odorat ; mais au moment des attaques elle avait une perversion du sens olfactif.

Discussion intéressante de ce cas à la Société médicale de Londres.

H. R.

De l'épilepsie procursive, par LADAME (*Revue médicale de la Suisse romande, IX, p.* 5, *janvier* 1889).

Ladame rapporte une observation d'épilepsie procursive, et après avoir complété l'historique de la question fait par Bourneville et Bricon (*R. S. M.*, XXXIII, 590), il conclut :

1° L'épilepsie procursive est une forme du mal comitial, dans laquelle l'accès se manifeste par une course impulsive en avant, accompagnée ordinairement de cris et de perte de connaissance, mais rarement d'une aura.

2° Cette forme de l'épilepsie est le propre de l'enfance et de la jeunesse.

3° L'épilepsie procursive peut durer plusieurs années avant de se transformer en épilepsie vulgaire. Lors de cette transformation, les accès peuvent alterner et revêtir tantôt une forme, tantôt l'autre. Mais cette transformation arrive tôt ou tard et peut avoir lieu brusquement.

4° Il est impossible actuellement de préciser la localisation anatomique de cette forme infantile du haut mal. En particulier, rien n'autorise à supposer qu'une lésion du cervelet soit la cause organique de l'épilepsie procursive.

5° L'épilepsie procursive paraît se développer de préférence chez les individus qui offrent une grossière lésion anatomique des organes encéphaliques. Il est probable cependant que cette forme de l'épilepsie, comme toutes les autres, peut se manifester sans lésion organique appréciable dans les centres nerveux.

6° L'épilepsie procursive se complique fréquemment de folie morale.

J. B.

I. — Enregistrement des excitations portées sur une région anesthésique du corps chez les hystériques, par A. BINET (*C. R. Soc. biologie*, 12 *janvier* 1889).

I . — Le temps de réaction chez les hystériques et chez les épileptiques, par Ch. FÉRÉ (*Ibidem*, 2 *février* 1889).

III. — Notes hématospectroscopiques sur les hystériques et les épileptiques, par Ch. FÉRÉ (*Ibidem*, 16 *février* 1889).

IV. — Anatomie pathologique de l'épilepsie dite essentielle. La sclérose névroglique, par CHASLIN (*Ibidem*, 2 *mars* 1889).

V. — L'altérabilité des globules rouges et la présence temporaire d'un grand nombre de globulins dans le sang des épileptiques après les accès, par Ch. FÉRÉ (*Ibidem*, 16 *mars* 1889).

I. — L'excitation d'une région insensible, quoiqu'elle ne soit pas perçue d'une manière consciente par l'hystérique, se répand dans tout son organisme et agit sur tous ses muscles. Les réactions musculaires ainsi provoquées peuvent être mises en évidence par les appareils enregistreurs.

II. — Chez les hystériques, la durée du temps de réaction offre généralement une augmentation proportionnelle à la diminution de la sensibilité générale : elle varie par conséquent pour chaque sens. Les transmissions centripètes et centrifuges sont retardées du côté anesthésique. Chez les somnambules, les réactions présentent une uniformité de temps remarquable ; chez les hystériques à l'état de veille, au contraire, elles manifestent des écarts considérables.

Chez les épileptiques, l'analgésie paraît plus marquée que les autres défauts de la sensibilité. Ceux-ci semblent plus fréquents et plus marqués à droite (contrairement à ce qui arrive chez les hystériques). Les troubles de la sensibilité chromatique consistent plutôt en dyschromatopsie qu'en achromatopsie. Il existe constamment des troubles sensoriels à la suite des paroxysmes.

III. — La durée de la réduction de l'oxyhémoglobine (mesurée par le procédé d'Hénocque) varie, chez les hystériques, comme la durée du temps de réaction des actes psychiques. L'activité intellectuelle est en rapport avec l'activité de la nutrition. Chez les épileptiques, l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine diminue après les accès.

IV. — Chaslin a examiné quatre cerveaux d'épileptiques présentant tous des lésions de sclérose atrophique ou de gliose. Il conclut de ses recherches que :

1° Certaines lésions, décrites sous le nom de sclérose cérébrale, doivent être, du moins quelques formes d'entre elles, dues à la prolifération du tissus de soutènement, en particulier des fibres de la névroglie (sclérose névroglique) ;

2° L'induration de quelques points de l'encéphale, en particulier des cornes d'Ammon ou des olives, est le signe extérieur de la prolifération cachée de la névroglie. L'épilepsie idiopathique serait donc due, dans certains cas, à la prolifération de la névroglie, même quand il n'y a pas de lésion visible à l'œil nu. Cet excès de production du tissu de soutènement parait dû à une lésion de développement ou d'évolution, à cause

du rôle important joué par l'hérédité dans l'épilepsie et de l'absence de signes d'inflammation dans les cerveaux observés.

V. — Les globules semblent perdre une partie de leur hémoglobine sous l'influence de la décharge nerveuse épileptique : ils deviennent plus nombreux dans un même volume de sang. D'autre part, les hématoblastes apparaissent en plus grand nombre. PAUL LOYE.

Zur Casuistik und Klinik der traumatischen und Reflex-Psychosen (Etude cliniqne sur les psychoses d'origine réflexe ou traumatique), par **R. THOMSEN** (*Charité-Annalen*, *p.* 429, 1888).

1° Un homme de 40 ans se fait, dans une chute, une plaie du côté gauche de la tête qui intéresse le cuir chevelu et le périoste. Rien de particulier sur le moment. Le soir de l'accident débutent les troubles nerveux et psychiques, représentés surtout par du délire et des hallucinations. Cela dure 8 jours. Plusieurs semaines après, céphalalgie, fatigue, angoisse, vertiges, palpitations, sommeil mauvais; plus tard encore, tremblement des mains. La cicatrice de la tête devient douloureuse.

Au bout de plusieurs mois, il entend des voix qui l'insultent et le menacent. Hallucinations visuelles.

A l'hôpital, 6 mois après l'accident, on relève du rétrécissement concentrique du champ visuel et des hallucinations auditives du côté gauche, sans trouble de l'ouïe.

Deux ans après, persistance de l'état psychique.

2° Homme de 39 ans subit une commotion grave dans un accident de chemin de fer. Pas de perte de connaissance ; il continue son travail. Le soir, des camarades le trouvent égaré dans la rue et sont obligés de le ramener chez lui. Il a du délire. Un médecin le trouve anxieux, tremblant, se plaignant d'une forte pression sur la tête. Le lendemain matin, à l'hôpital, il déclare qu'il était le prince régent de Bavière. Les réponses sont confuses, incohérentes. Il y a de l'anesthésie générale, le champ visuel est très rétréci. Le sens des couleurs, le goût et l'odorat sont abolis.

Trois jours après, l'hyperesthésie cutanée succède à l'anesthésie, l'anesthésie sensorielle persiste; puis survient un état de collapsus avec ralentissement du pouls. Après un sommeil prolongé, le malade se réveille guéri de ses phénomènes cérébraux. Il conserve une excitabilité nerveuse qui a persisté ultérieurement, parésie de la face et du bras du côté droit, avec analgésie absolue, attaques de vertige suivi de chute.

3° Il s'agit ici d'une psychose réflexe concernant un invalide blessé d'un coup de feu au bras droit en 1870. Vers 1884, le bras blessé devient très douloureux. Au moment des crises surviennent des hallucinations sensorielles suivies de délire. Les scènes de guerre auxquelles il a assisté jouent un grand rôle.

Au moment des crises douloureuses, on constate de l'hémianesthésie passagère. L'incision de la cicatrice douloureuse a amené une amélioration en apparence durable.

Il se passe là quelque chose d'analogue à l'épilepsie réflexe.

4° Cas d'épilepsie partielle du bras, consécutive à un traumatisme de la main. Au moment des crises, dépression mentale et délire. A. MATHIEU.

Ueber eine neue klinisch und pathogenetisch wohl charakterisirte Form von Sehenstörung (Nouvelle forme de cécité psychique), par **MESCHEDE** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 31, *p.* 687, 1887).

Cette psychose est caractérisée par l'oubli subit du passé ; le malade

ne comprend rien à tout ce qui l'entoure, il ne se rend compte en aucune façon de sa situation dans le monde, il regarde étonné comme s'il découvrait tous les objets pour la première fois. Il ignore l'usage des habits et n'est pas capable de se vêtir ; il ne sait pas comment on doit se placer dans le lit ou à table. Du reste il est parfaitement indifférent à tout, ne répond pas aux questions qu'on lui pose et se contente de sourire quand on lui parle.

L'auteur considère cette maladie comme une cécité psychique. Elle est rapidement curable (au bout de 9 jours dans une observation).

Elle est causée par une frayeur, une émotion vive. L. GALLIARD.

Ueber das sogenannte moralische Irresein (De la prétendue folie morale), par **KLEUDGEN** (*Viertelj. für gerichtl. Medicin... nouv. série L, supplément, p.* 1, 1889).

Kleudgen, après avoir relaté les six cas de folie morale qu'il a eu l'occasion d'observer, conclut qu'il ne s'agit pas là d'une entité morbide distincte. Il suffit de suivre ces malades durant un certain temps pour reconnaître que leur affection rentre dans la catégorie des folies cycliques ; elle présente en effet des phases d'exaltation périodiques qui doivent la faire rapprocher de la manie périodique. J. B.

A rare form of mental disease par Conolly NORMAN (*Journ. of mental sc., p.* 400, *octobre* 1888).

Il s'agit de cette forme de maladie mentale, connue en France sous la dénomination de « folie du doute ». Elle consiste essentiellement dans une obsession mentale provenant d'une direction fatale des idées, prenant la forme d'une interrogation perpétuelle. C'est un besoin morbide qui pousse continuellement le sujet à s'enquérir de tout, à demander des renseignements sur tout, à ne pouvoir se contenter des connaissances que l'on a d'ordinaire, enfin à ne pouvoir absolument pas fixer son attention sur quoi que soit, excepté sur les points où portent sans cesse ses questions dénuées de signification. Conolly Norman rapporte avec détails un fait de ce genre, où il y avait conservation des facultés intellectuelles et qui se termina par la guérison. Il fait jouer un rôle important dans sa production aux excès génésiques, et considère le pronostic en général comme favorable. DESCOURTIS.

Beitrag zur Casuistik der Zwillingspsychosen (folie gémellaire) **und des inducirten Irresseins** (folie à deux), **par H. SCHÜTZ** (*Charité-Annalen, p.* 421, 1887).

H. Schütz rapporte plusieurs observations de folie gémellaire ou de folie à deux : en voici le sommaire :

1° Manie périodique et mélancolie chez deux sœurs jumelles ; début chez toutes deux vers la 10e année ; plusieurs attaques, pas d'hérédité.

2° Folie chez deux sœurs ; influence prédominante de l'aînée sur la plus jeune. Début en même temps, d'une façon aiguë, chez les deux sœurs qui présentent les mêmes conceptions délirantes ; ces conceptions diffèrent après leur séparation, pas de guérison.

3° L'aînée de deux sœurs jumelles ; début chez l'une à 38 ans, chez l'autre

2 ans plus tard, même délire : hallucination surtout de l'ouie et de la sensibilité, pas d'hérédité.

4° Stupeur mélancolique chez deux sœurs et un frère; début pour une des sœurs 8 jours avant l'autre, 6 mois plus tard chez le frère : guérison de l'une des sœurs et du frère. A. M.

Contribution à l'étude de la folie communiquée (délire à quatre), par MARTINENQ (*Annales méd. psych., novembre* 1887).

Elise, 29 ans, célibataire, vivant avec sa sœur et ses parents, après avoir présenté quelques symptômes de nervosisme depuis l'époque de sa puberté, devint tout à coup ombrageuse, irritable et indifférente à tout. Elle a des attaques d'hystérie, se livre à des pratiques religieuses exagérées et excentriques ; puis survient un délire mystique avec agitation, extases, hallucinations de tous les sens, mais avec prédominance d'hallucinations de l'ouïe, et délire systématisé de persécution. Les autres membres de la famille furent d'abord réfractaires à ces idées, mais la sœur finit par éprouver les mêmes accidents hystériques avec hallucinations de tous les sens. Elise fut internée dans un asile, le calme revint dans la famille ; mais quelques mois après son retour, la sœur d'abord, puis le père et la mère furent pris du même délire. Il faut remarquer pourtant que le père et la mère n'eurent jamais que des hallucinations de l'ouïe, ce qui prouve bien, d'après l'auteur, que les hallucinations de l'ouïe constituent le symptôme pathognomonique du délire des persécutions, tandis que les hallucinations de la vue forment un élément nouveau qui vient s'ajouter à la maladie primitive et relève soit d'une névropathie (l'hystérie, dans ce cas), soit d'une intoxication. On fit de nouveau réintégrer Elise à l'asile, et le délire disparut de la famille, qui reprit sa vie calme et laborieuse. DESCOURTIS.

Un cas grave de pseudo-paralysie générale alcoolique, par ROUSSEAU (*Encéphale, janvier* 1889).

Un malade, à la suite d'excès alcooliques, commence par éprouver une attaque de paralysie générale dont il guérit parfaitement. Beaucoup plus tard et lorsqu'il était interné dans l'établissement d'aliénés où la sobriété lui était imposée et où il ne buvait plus guère que dans des circonstances exceptionnelles, c'est-à-dire quand il pouvait voler du vin et se procurer de l'eau-de-vie par des moyens détournés, il est frappé de nouveaux accidents paralytiques beaucoup plus graves, qui se terminent par la mort après avoir provoqué une impotence des plus pénibles.

La paralysie a affecté une marche lente au début, mais toujours progressive. Les lésions observées à l'autopsie ont permis de reconnaître qu'il n'existait aucune trace de périencéphalite diffuse ni de lésions médullaires, tandis qu'elles décelaient les stigmates de l'intoxication alcoolique.

Il faut donc remarquer que si la pseudo-paralysie générale grave se produit habituellement à la suite d'accidents aigus ou subaigus de l'alcoolisme, elle est encore susceptible d'apparaître lorsque l'intoxication est devenue depuis longtemps chronique et silencieuse. DESCOURTIS.

Symptômes de paralysie générale chez un alcoolique; aucune lésion de la paralysie générale à l'autopsie, par REY (*Ann. méd. psych., mars* 1889).

Homme de 55 ans. Excès alcooliques habituels, plus fréquents depuis quelques mois. Accès maniaque récent. Délire violent. Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; idées de satisfaction, de richesses et de grandeur. Inégalité pupillaire; tremblement de la langue et des mains.

Dyspnée. Accès de suffocation; mort. A l'autopsie, on trouve des lésions pulmonaires et de la crosse de l'aorte, un anévrisme, mais aucune lésion de la paralysie générale. DESCOURTIS.

Temperatur-Beobachtungen bei Paralytikern (La température dans la paralysie générale), par Hans ROTTENBILDER (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, *n.* 1 *et* 2, 1889).

Au point de vue général, l'auteur a constaté que la température dans cette maladie s'écarte de la normale, et qu'elle est surtout sous-normale. Il survient des oscillations diurnes assez considérables. Enfin, on voit survenir des augmentations de température épisodiques tout à fait sans motif, ne durant généralement que peu de temps, et qui peuvent même atteindre une élévation passagère de 40° C. — L'auteur étudie aussi la température dans les accès paralytiques. Il signale les dépressions considérables observées quelquefois, étudie les températures agoniques, et dit aussi quelques mots de la température chez les épileptiques.

PIERRE MARIE.

Hérédité et alcoolisme, par LEGRAIN (*Un vol.*, *Paris* 1889).

Les principales conclusions de l'auteur sont les suivantes : L'alcoolisme et l'hérédité pathologique sont deux éléments que l'on trouve souvent en présence sur le terrain clinique. Les dégénérés créent des buveurs et les buveurs créent des dégénérés : cercle vicieux que l'alcool entretient. Le buveur conscient de ses excès et, par conséquent, responsable, est un déséquilibré; il est porteur d'une tare intellectuelle, qu'il soit entraîné à boire par une anomalie du penchant ou par une anomalie de l'instinct, ou par une anomalie de la volonté. — L'ivresse maniaque et l'ivresse mélancolique sont les deux formes de l'ivresse des héréditaires. Chez les héréditaires dégénérés on observe plus souvent l'ivresse impulsive : la dipsomanie leur est pour ainsi dire spéciale.

DESCOURTIS.

Dell' importanza dell' ipoazoturia nella diagnosi dell'alcoolismo cronico, par BERNABEI (*Boll. della sez. dei cult. delle scienze mediche*, *fasc.* 10, 1888).

L'auteur désigne sous le nom d'hypoazoturie la diminution des matériaux azotés dans l'urine qu'il déclare avoir trouvée constamment dans l'alcoolisme chronique, et dont il veut faire un moyen de diagnostic de cette affection. Les dosages quotidiens de l'urée chez trois alcooliques font voir que chez ces malades la quantité d'azote éliminée par les urines peut être réduite au tiers de la normale ; en même temps l'acide urique ne se retrouve qu'en traces impondérables et la créatine est aussi diminuée. D'après l'auteur, cette diminution des matériaux azotés persiste chez les alcooliques même dans les conditions qui, chez un individu sain, produiraient un accroissement (telles qu'un repas trop copieux, un accès de fièvre). Il attribue l'hypoazoturie aux troubles de la digestion et de l'assimilation qui sont constants dans l'alcoolisme chronique. Mais cette théorie, si elle rend suffisamment compte de la diminution habituelle des matériaux azotés dans l'urine, n'explique pas l'absence de désassimilation dans l'état fébrile. BARTH.

Hyoscin bei Geisteskranken (L'hyoscine chez les individus atteints de maladies mentales), par Otto KLINKE (*Centralbl. f. Nervenheilk*, n° 7, 1er *avril* 1889).

L'iodhydrate d'hyoscine est à recommander comme hypnagogue à cause de son bon marché et de son absence de saveur désagréable. Il faut toujours commencer par de très faibles doses. L'auteur n'a pas dépassé la dose de 3 milligrammes. L'administration par la bouche est préférable quand on veut amener le sommeil ; l'injection sous-cutanée est préférable quand on veut, pendant le jour, calmer un malade trop agité. Ce médicament n'est pas à recommander dans la mélancolie ; s'en défier dans les cas où existe une affection cardiaque. PIERRE MARIE.

Du sulfonal et de la valeur de son emploi comme hypnotique chez les aliénés, par Samuel GARNIER (*Ann. méd. psych., mars* 1889).

Travail basé sur dix-sept observations. Garnier en conclut que le sulfonal est un hypnotique d'une valeur intrinsèque très remarquable chez les aliénés ; l'insomnie qu'il devait combattre a cessé dans presque tous les cas à une dose pouvant varier de 2 à 5 grammes. Il s'est montré supérieur aux autres hypnotiques, et il peut être facilement employé chez les aliénés, en raison de la qualité et de la quantité de sommeil qu'il provoque, en raison de son peu de sapidité et de son absence d'odeur, d'autant plus qu'il serait sans action sensible sur la respiration, la circulation et la digestion. Toutefois, il serait peut-être contre-indiqué dans les formes congestives de la folie. DESCOURTIS.

MÉDECINE LÉGALE.

Entomologie appliquée à la médecine légale, par MÉGNIN (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXI*, 159, *février* 1889).

Première période ou période sarcophagienne (3 mois environ). Invasion du cadavre par les larves de diptères sarcophagiens des genres curtonevra, calliphora, lucilia et sarcophaga.

Cette première période se subdivise en deux sous-périodes, car les diptères en question n'arrivent pas en même temps. Les premiers, qui aiment exclusivement la chair fraîche, les curtonèvres et les calliphores, viennent pondre sur le cadavre immédiatement après la mort, avant l'ensevelissement. Les lucilies et les sarcophages n'arrivent que quand la putréfaction a commencé.

Deuxième période ou période dermestienne (3 à 4 mois). Arrivée des insectes dont les larves sont consommateurs d'acides gras. Ce sont les coléoptères des genres dermestes, corynètes (ou necrobia) et des lépidoptères du genre aglossa.

Troisième période ou période silphienne (4 à 8 mois). Dans cette période, les parties molles sont transformées en un déliquium noir, à forte

odeur de fromage pourri et dans lequel se vautrent avec délices les larves de petits diptères des genres phora et anthomya et de quelques coléoptères des genres silpha, hister et saprinus et même des acariens amphibies du genre serrator.

Quatrième période ou période acarienne (6 à 12 mois). Sur les parties réduites en poudre et à demi-desséchées s'établissent des colonies d'acariens des genres tyroglyphus, glyciphagus, uropoda, trachinotus et sur les parties tégumentaires et tendineuses desséchées, des anthrènes et des larves de lineola biselliella.

Ces quatre périodes se succèdent régulièrement, mais une fois passée la première, celles qui suivent peuvent empiéter les unes sur les autres, car on voit souvent une partie du cadavre occupée encore par des insectes de la deuxième période, tandis qu'une partie l'est déjà par quelques-uns de la troisième, et ceux-ci n'ont pas encore disparu complètement que les membres, par exemple, sont déjà en voie de momification du faits de certains acariens. En un mot, on peut trouver des insectes de périodes voisines travaillant ensemble, mais jamais au même point.

Les froids peuvent aussi faire manquer une ou plusieurs périodes, surtout celles du début. (*R. S. M.*, XXXIII, 592.) J. B.

Ueber die forensiche Bedeutung der Uterusruptur (Etude médico-légale des ruptures de l'utérus), par Adolf LŒWY (*Thèse inaugurale, Breslau*, 1888 *et Vierteljahrss. f. gercihtl. Med., nouv. série, XLIX*, 362, *L.* 166 *et* 348, *octobre* 1888, *janvier et avril* 1889).

1° Il est extrêmement rare que l'autopsie à elle seule puisse décider la question de savoir si la rupture de l'utérus est traumatique ou spontanée. On ne peut conclure à l'origine traumatique qu'autant que le siège exclusif ou au moins primitif de la rupture se trouve sur le corps de l'utérus ou qu'il existe des perforations de l'utérus ou du vagin manifestement produites par des instruments.

2° Ni la longueur absolue de la déchirure, ni sa prolongation sur le corps utérin ou le vagin, ni sa direction (longitudinale ou transversale), ni l'aspect de ses bords, ni enfin les lésions concomitantes du péritoine et des ligaments larges ne constituent des indications quant à la nature spontanée ou traumatique de la rupture.

Lorsqu'on est absolument certain du mode de présentation fœtale et que la rupture se trouve du côté qu'occupait le siège de l'enfant, on peut, cependant, en se basant sur les faits jusqu'ici connus, exclure avec la plus grande somme de probabilité l'idée d'une rupture spontanée.

3° L'amincissement et l'allongement du segment inférieur de l'utérus, comparativement au corps de l'organe, ne pourrait servir au diagnostic différentiel qu'autant que l'accouchée a succombé pendant ou immédiatement après le travail. Mais même en semblable occurrence, il est tout au plus permis d'affirmer que la forte distension du segment inférieur de l'utérus avait préparé les conditions favorables à la rupture, qui peut d'ailleurs s'être produite aussi bien mécaniquement que spontanément.

4° Les symptômes classiques de la rupture qui pourraient aider au diagnostic ne s'observent pas toujours; parfois ils manquent tous, ou bien sont masqués ou peu caractéristiques.

5° La cause de la mort, sans les ruptures utérines, est plus souvent

qu'on ne croit une septicémie aiguë. Il n'y a lieu d'en accuser la perte de sang qu'autant que la mort est survenue, pendant ou immédiatement après l'accouchement, au milieu d'hémorragies à la fois interne et externe et de tous les signes d'une anémie aiguë.

Dans les autres cas, alors qu'il n'existe pas de péritonite manifeste, si la mort de la femme survient rapidement de 13 à 30 heures après l'accouchement, il est beaucoup plus juste d'incriminer une septicémie dont l'acuité n'a pas laissé aux phénomènes péritonéaux le temps de se produire.

6° Lorsque la rupture utérine n'a pas entraîné la mort soit par hémorragie, soit par injection, elle ne doit pas être considérée comme une blessure fatalement mortelle. J. B.

Ueber kataleptische Todtenstarre (De la rigidité cadavérique cataleptiforme), par C. SEYDEL (*Viertelj. f. gerichtl. Med. u. œff. Sanit.*, *nouvelle série*, *L*, *p.* 76, *janvier* 1889).

Seydel rapporte entre autres cas celui d'un homme qui, tombé dans une crevasse de glace, fut retrouvé mort tenant encore entre ses doigts un cigare et une allumette, et celui d'un individu qui, asphyxié par son poêle, fut frappé par la mort au moment où, sans doute pour vomir, il s'était agenouillé en se cramponnant à son lit. Il conclut :

Il existe réellement une rigidité cadavérique cataleptiforme, c'est-à-dire reproduisant la dernière attitude vitale.

Elle s'observe dans deux espèces de circonstances : 1° à la suite de blessures du crâne avec irritation du cervelet ou du bulbe; 2° à la suite d'asphyxie par l'oxyde de carbone ou par submersion.

Les expériences de Falk et de Schroff ont mis hors de doute l'existence de la rigidité cataleptique des cadavres due à l'irritation de la partie supérieure de la moelle épinière. (*R. S. M.*, III, 800; IV, 426; XII, 238; XVII, 434; XVIII, 23; XXI, 32; XXV, 430; XXVII, 620; XXIX, 29 et 224. J. B.

Ueber anatomische Befunde bei acuten Todesfällen nach ausgedehnten Verbreunungen (Lésions anatomiques à la suite des brûlures étendues rapidement mortelles), par Eug. FRÆNKEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 2, *p.* 22, 1889).

Ponfick admet, dans les brûlures étendues, la destruction des globules du sang dont les débris iraient irriter, puis oblitérer les canalicules urinifères. L'auteur a observé dans trois cas des lésions analogues à celles que décrit Ponfick.

1° Fille de 18 ans succombant dix-huit heures après la production d'une large brûlure au second degré. Les reins ont une teinte sépia ; en les examinant immédiatement, à l'état frais, on trouve de fines granulations répandues dans les cellules épithéliales et dans la lumière des canaux contournés et des anses de Henle. Les cellules sont troubles, privées de contours nets, en voie de desquamation. Les glomérules sont tuméfiés. Enfin, les canaux droits sont oblitérés en grand nombre par des cylindres d'hémoglobine.

Mêmes résultats après durcissement des fragments par l'alcool ou la liqueur de Müller.

2° Femme de 47 ans, morte au bout de quinze heures. Les tubes droits et, en partie aussi, les tubes contournés de reins sont oblitérés par des bou-

chons d'hémoglobine ; dégénérescence des cellules épithéliales dans les tubes contournés et à la surface des glomérules. Dans la rate, un grand nombre de cellules de la pulpe sont remplies par des masses hémoglobiques. Certaines cellules du foie ont perdu leur noyau et contiennent des masses jaune d'or.

3° Fille de 20 ans succombant vingt-quatre heures après une brûlure de pétrole. Congestion des viscères abdominaux. Dégénérescence des épithéliums des tubes contournés et bouchons d'hémoglobine dans les tubes contournés et les tubes droits. Nombreuses granulations dans tout le parenchyme rénal.

En résumé, dégénérescence des cellules épithéliales sécrétantes et oblitération des canaux d'excrétion par des bouchons hémoglobiques.

L. GALLIARD.

Sur l'action des températures élevées sur le sang et leur influence sur la production de l'hémine, par J. MISURACA (*La Riforma medica, 2 mars* 1889).

Le sang, exposé à une température élevée, oscillant entre 140 et 190° pendant un temps variant de 5 à 60 minutes, perd la propriété de laisser former des cristaux d'hémine. Ce fait a une importance particulière dans la détermination médico-légale de la nature sanguine des taches : si l'expert soupçonne que des taches ont été soumises à l'action d'une température élevée, il doit s'enquérir du mode et de la durée de l'action de la chaleur.

GEORGES THIBIERGE.

Les lésions traumatiques de la rate, au point de vue médico-légal, par E.-F. BELLIEN (*Viertelj. f. gerichtl. Med. nouv. série, L.* 180, *janvier* 1889).

Bellien a basé son étude sur 400 cas de déchirure de la rate qu'il a trouvés dans la littérature et joints à ses propres observations. A Charkow, ces blessures ne sont pas rares, car un des passe-temps de la population ouvrière est une espèce de boxe où les coups portent dans l'hypocondre gauche. Dans 4,88 0/0 des autopsies judiciaires de cette ville, c'est une rupture de la rate qui est la cause de la mort violente. Bellien conclut :

1° Les ruptures traumatiques de la rate produites par des violences extérieures en l'absence de toute blessure simultanée des parois thoraco-abdominales n'ont été observées que sur des rates malades.

2° Le traumatisme producteur de la rupture splénique donne souvent lieu en même temps à la formation d'hématomes à l'intérieur de la rate.

3° Ces hématomes peuvent être en nombre excessivement variable.

4° La formation des hématomes peut avoir précédé la rupture de la rate quand il y a eu traumatismes répétés ; cette rupture de l'organe peut même être la conséquence de la rupture des hématomes dont les parois sont toujours au moins en partie constituées par la capsule séreuse de la rate.

5° Les hématomes d'une part, la rupture de la rate de l'autre, peuvent être la conséquence de traumatismes différents et non contemporains.

6° La coexistence d'hématomes traumatiques avec une déchirure de

la rate a une importance pathognomonique pour la constatation du genre de mort violente.

7° L'examen microscopique du contenu des hématomes traumatiques fournit souvent la preuve de l'existence plus ou moins ancienne de ces épanchements, autrement dit de traumatismes réitérés.

8° Les ruptures traumatiques primitives avec déchirure de la capsule de la rate, lorsqu'elles ne sont pas compliquées de lésions de la cage thoracique ou de la paroi abdominale, amènent toujours la mort par hémorragie interne et jamais par péritonite.

9° Les ruptures traumatiques de rates saines, sans lésion des ligaments abdominaux, ne s'observent qu'autant qu'il y a fracture de côtes.

10° Dans ce cas, on rencontre souvent des ecchymoses et des épanchements toujours sous la plèvre costale (*R. S. M.*, XXVI, 672). J. B.

L'asfissia meccanica e le sue varie forme, par Giuseppe MISURACA (*Palermo*, 1888).

Misuraca a repris expérimentalement l'étude des diverses formes d'asphyxie mécanique. Voici les principales conclusions auxquelles il est arrivé.

1° *Submersion.* — Les signes tirés de l'inspection des cadavres n'ont qu'une valeur incertaine, à l'exception des marques de violence. La mort par submersion se produit par deux mécanismes correspondant à des formes symptomatiques différentes, suivant qu'il y a eu prédominance de l'asphyxie ou de la syncope ; le diagnostic de ces deux formes est possible à l'autopsie. Quelque ait été le mécanisme de la mort par submersion, on trouve constamment dans la trachée, les bronches et les alvéoles pulmonaires un liquide spumeux, finement aéré, de coloration variant du blanc rosé au rouge. Si différentes qu'aient été les conditions et les circonstances concomitantes, jamais ce liquide mousseux ne manque ; sa quantité seule varie. Ce liquide provient du milieu où l'individu s'est noyé, il contient ordinairement des cellules épithéliales et des globules rouges ; sa teinte est due à la matière colorante dissoute du sang.

Fréquemment, l'estomac des noyés renferme une quantité variable de liquide dont la provenance peut être la même. La quantité du liquide spumeux est directement proportionnelle à l'intensité des efforts de conservation et à la durée de temps qui s'est écoulé avant la mort. Le boursoufflement des poumons tient à la dilatation des cellules aériennes par ce liquide. Les poumons offrent souvent de la congestion veineuse et quelquefois des ecchymoses sous-pleurales ; ces lésions sont d'autant plus manifestes que les efforts de la victime ont été plus énergiques et plus prolongés.

Lorsqu'on plonge dans l'eau des cadavres d'animaux, soit immédiatement après la mort, soit au bout d'un certain temps, on ne retrouve jamais dans les voies aériennes un liquide spumeux analogue à celui des noyés; le liquide qui peut se trouver dans l'estomac ne provient pas du milieu dans lequel on a immergé le cadavre.

Il n'est pas exact d'affirmer que le sang des noyés a perdu complètement la faculté de se coaguler. Si leur sang est d'une manière générale plus fluide, on rencontre presque toujours des caillots dans les cavités cardiaques et dans les gros vaisseaux.

2° *Pendaison.* — La mobilité de la peau du cou, chez les animaux, fait presque toujours remonter le lien suspenseur dans la région sus-hyoïdienne et vers les angles maxillaires. Ce lien agit en comprimant la totalité des organes du cou. La fermeture plus ou moins complète des voix aériennes entraîne la mort qui est accélérée du fait de la compression simultanée des vaisseaux et des nerfs. La mort par pendaison représente le type classique qui a servi à décrire l'asphyxie de cause mécanique. Dans cette forme d'asphyxie, la période d'anesthésie est remarquablement longue. Le signe extérieur le plus important est la présence sur le cou du cadavre d'un sillon donnant parfaitement l'idée des dimensions de la forme et de la nature du lien suspenseur. Ce sillon présente toujours une portion horizontale plus ou moins courte et deux branches ascendantes qui vont se réunir en un point quelconque du cou.

La pendaison d'un cadavre humain peu produire un sillon, mais jamais ni excoriations, ni ecchymoses, ni sugillations sous-épidermiques. Chez les animaux, quelles que soient les manœuvres employées, il est rare de voir déterminer des lésions dans les organes sousjacents au sillon. Les viscères des pendus offrent les altérations communes aux différentes formes de l'asphyxie. Il y a pourtant lieu de noter la dépression du thorax, la semi-vacuité des cavités pleurales et l'affaissement des poumons ; sur les corps pendus après la mort, on n'observe pas ces signes. Chez les pendus, on ne voit jamais (!) d'ecchymoses sous-péricrâniennes, sous-pleurales ou sous-péricardiques.

3° *Strangulation.* — C'est le genre de mort qui se rapproche le plus de la pendaison, et la compression des vaisseaux et nerfs est encore ici l'un des facteurs de la terminaison fatale. Si serré que soit le lien qui entoure le cou, la mort est toujours beaucoup plus lente à se produire que dans la pendaison. Les cadavres présentent toujours au cou un sillon, tantôt transversal, tantôt oblique à l'axe du corps, mais n'offrant jamais les deux branches ascendantes et convergentes à angle aigu qu'on observe chez les pendus. Ce sillon est l'empreinte fidèle du lien constricteur, et ses caractères physiques permettent le plus souvent de reconnaître la nature et le nombre de tours du lien. Quelle qu'ait été l'énergie de la constriction, rarement on note des lésions importantes dans les organes du cou. Les poumons offrent des altérations peu différentes de celles des autres formes d'asphyxie mécanique ; comme chez les pendus, ils sont affaissés.

Une variété de strangulation est l'étranglement provoqué non plus à l'aide d'un lien circulaire, mais par une compression prolongée et énergique de la face antérieure du cou, à l'aide des doigts, d'un corps rigide, d'un morceau d'étoffe ou de linge qu'on tient tendu. Mais il faut pour cela que le cou et la tête reposent sur un plan résistant qui peut être formé par l'une des mains de l'agresseur, car dans cette variété de strangulation, il s'agit toujours d'homicides. La mort est plus lente à survenir que dans la strangulation par un lien circulaire ; elle est surtout tardive quand la compression de la région cervicale antérieure, au lieu d'être brusque, est lente et progressive. Chez les animaux étranglés de cette façon, on ne trouve ni sillon ni autre trace de violence à la région antérieure du cou ; chez l'homme, en revanche, on peut noter des

excoriations, des empreintes d'ongles, des ecchymoses sous-cutanées. Mais les organes internes du cou offrent des lésions très caractéristiques: fracture de l'os hyoïde, des cartilages laryngés, des anneaux trachéaux ; flexibilité anormale et aplatissement de la trachée dont la muqueuse est hyperémiée, et présente même des extravasats sanguins sous-muqueux. Les poumons, affaissés, ne contiennent jamais d'ecchymoses ponctuées sous-pleurales (!)

4° *Suffocation.* — La mort est le résultat de l'apnée consécutive à l'occlusion des voies aériennes, sans qu'il y ait intervention d'une paralysie nerveuse. Dans les expériences de l'auteur, la terminaison fatale est arrivée dans un laps variable de 4 à 11 minutes. La symptomalogie de l'asphyxie par suffocation est analogue à celle des autres formes d'asphyxie, mais les chiens y résistent mieux. Il est plus facile de rappeler les animaux suffoqués à la vie, lors même que les mouvements respiratoires sont déjà abolis, pourvu que les battements cardiaques persistent. L'examen extérieur des cadavres d'animaux suffoqués ne révèle aucun indice sur le genre de violence éprouvé. Parmi les altérations internes, seules les ecchymoses ponctuées sous-pleurales et sous-péricardiques doivent être tenues pour un signe précieux et constant de la suffocation.

5° *Enfouissement.* — La mort arrive dans un temps variable avec la quantité et la porosité des matériaux sous lesquelles l'individu est enfoui. Les cadavres des victimes peuvent offrir quelques-uns des signes de la mort par suffocation (ecchymoses ponctuées sous-pleurales). La dépression des parois thoraciques et l'affaissement des poumons sont moins constants et moins évidents que daus les autres formes d'asphyxie mécanique. Presque toujours, on retrouve dans les voies aériennes des restes de matières pulvérulentes identiques à celles au-dessous desquelles on a trouvé la mort. Ces traces pulvérulentes se rencontrent en plus grande quantité dans l'arrière bouche et au niveau de la glotte, mais parfois aussi jusque dans les bronches et les alvéoles pulmonaires. Dans ce dernier cas, le microscope est souvent insuffisant pour en faire reconnaître la présence.

J. B.

Gutachten über drei Haare, welche, an der Schlagfläche eines Hammers haftend, im Hause des ermodeten H. zu W. vorgefunden werden (Rapport médico-légal sur 3 poils trouvés adhérents à la face percutante d'un marteau, dans la maison d'un homme assassiné), par Laurenz SCHMITZ (*Viertelj., f. gerichtl. Med. und œff. Sanit., nouv. série, supplément du tome L,* 1889).

Schmitz a été chargé d'examiner trois poils retrouvés, adhérents à la surface d'un marteau, dans la maison d'un vieillard de 75 ans, qui avait été assassiné ; la justice supposait qu'ils pouvaient provenir de la tête de la victime, sur laquelle, comme termes de comparaison, avait été coupée une mèche de cheveux, remise également à l'expert.

Les examens macroscopiques et microscopiques auxquels celui-ci s'est livré l'ont amené aux conclusions suivantes : les trois poils du marteau n'appartiennent pas à la victime. Deux d'entre eux sont certainement des poils de chat, tandis que le troisième est vraisemblablement un poil du même animal. Voici, résumés, les caractères différentiels qui ont guidé Schmitz :

A. Caractères *à l'œil nu :* Les poils suspects sont beaucoup plus courts que les cheveux de l'homme; ils sont en outre beaucoup moins gros. Leur couleur est bigarrée, avec transitions brusques des alternances de noir et de blanc, tandis que la coloration des cheveux blanchit graduellement de la racine vers la pointe. Les cheveux ont un brillant argenté que les poils n'ont pas ; enfin les premiers offrent une frisure à longues ondulations et les seconds une frisure à ondulations courtes.

B. Caractères *microscopiques :* Dans les poils, le diamètre du cordon médullaire est infiniment plus considérable que dans les cheveux; le cordon médullaire remplit presque toute la largeur de la tige du poil, alors qu'il n'en occupe qu'un sixième sur les cheveux. La partie des cheveux qui frappe le plus sous le microscope est la substance corticale, laquelle manque absolument sur les poils. Les lamelles cellulaires de la cuticule très visible sur toute la longueur des cheveux sont beaucoup moins reconnaissables sur les poils. Enfin, les cellules de la cuticule sont très volumineuses sur les poils et disposées de façon à leur donner l'aspect d'une prêle, tandis que sur les cheveux elles n'ont aucun de ces deux caractères.

Il résulte de nombreuses mensurations de Schmitz que lorsque le diamètre du cordon médullaire est supérieur au quart du diamètre de la tige d'un poil, on est autorisé à admettre qu'il s'agit d'un poil de bête. Mais l'inverse n'est pas vrai, car le chien, le cheval, la vache et la chèvre ont parfois des poils à cordon médullaire grêle et se rapprochant de celui des cheveux humains.

Les poils de chats présentent un arrangement caractéristique des cellules du cordon médullaire et des lamelles de la cuticule. Les cellules de la cuticule donnent aux poils des chats l'apparence d'une plante équisétacée. Près de l'extrémité libre du poil, les cellules du cordon médullaire commencent à apparaître sous forme de petites cellules aérées à contours nets et disposées en série; à mesure qu'on se rapproche de la racine, elles augmentent de largeur sans que leur hauteur croisse d'une façon équivalente; bientôt elles remplissent presque toute la largeur de la tige; mais arrivées à proximité de la racine qu'elles n'atteignent pas, leurs dimensions diminuent. (*R. S. M.*, III, 680 ; XV, 245 ; XVII, 238 et XXII, 667.) J. B.

Die wichtigsten Sectionsergebnisse in 171 Fällen plötzlichen Todes (Lésions constatées dans 171 cas de mort subite), par Adolf LESSER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentl. Sanit. nouv. série, XLVIII, p.* 1, *janvier* 1888).

Lesser a pratiqué 171 autopsies d'individus ayant succombé subitement; parmi eux se trouvaient 59 femmes. 62 fois seulement il a été possible d'établir la cause de la mort soudaine. Les 109 autres cas renferment 17 morts à la suite d'accès épileptiques, 72 cas d'affections cardiaques, 7 pneumonies, 2 gangrènes circonscrites du poumon, 3 phtisies, 3 œdèmes de la glotte par amygdalites phlegmoneuses ; 2 péritonites par perforation d'un ulcère rond de l'estomac, 2 tumeurs cérébrales et 1 cas de délirium tremens avec hémorragies dans un pancréas cancéreux chez un homme atteint de polydypsie et de polyphagie.

Quant aux faits où l'on a pu découvrir le mécanisme de la mort subite, ils se répartissent ainsi : 21 cas de compression du cerveau par hémor-

ragie ou rupture d'anévrisme ; 11 cas d'anémie consécutive à des hémorragies de causes diverses (4 grossesses extra-utérines, 3 ulcères variqueux de jambe, 2 anévrismes de l'aorte, 1 sarcome de l'ovaire et 1 ulcère de l'estomac) ; 9 cas d'obstruction des voies aériennes par des aliments; 8 cas d'asphyxie, dont 7 par hémorragie (4 ruptures de cavernes pulmonaires) ; 2 ruptures d'anévrismes aortiques ; 1 polype pharyngé et 1 pneumothorax tuberculeux ; 7 cas de compression du cœur par rupture d'anévrisme ; 6 cas d'embolie pulmonaire.

13 fois les individus étaient des buveurs avérés ; 8 avaient une déviation du rachis et autant des antécédents syphilitiques.

48 fois la mort est survenue durant la digestion; 60 fois elle a été instantanée, foudroyante ; 46 fois elle s'est produite dans l'espace de peu de minutes ; 10 fois elle a tardé de plus de 10 minutes ; enfin, pour les cas restants, on manque de renseignements.

5 fois la mort a eu lieu durant l'accomplissement d'un travail pénible; 5 fois sous le coup d'une émotion ; 5 fois dans un restaurant à la suite d'une consommation plus ou moins grande de spiritueux ; 3 fois en dansant; 1 fois en allant à la garde-robe, et 1 fois immédiatement après le coït.

Nous renvoyons à l'original qui contient le résumé de toutes les autopsies ; on y verra combien souvent les lésions sont complexes. J. B.

I. — Ueber Hypnotismus in forensischer Beziehung (De l'hypnotisme au point de vue médico-légal), par SCHNÜTZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit., nouv. série, L.* 162, *janvier* 1889).

II. — De l'hypnotisme, par LEFEBVRE et discussion (*Bull. Acad. de méd. de Belgique, II, avril* 1888).

I. — 1° L'hypnotisme, qui peut être un moyen de traitement entre les mains d'un médecin expérimenté, devient, abandonné aux amateurs, un danger pour la vie, pour la santé et pour la morale ; il doit donc être interdit à ces derniers.

2° Les conclusions tirées par quelques savants, surtout français, de l'étude des effets de la suggestion hypnotique sont trop hasardées et ne répondent pas aux faits ; elles ne doivent donc pas trouver accès dans les salles des tribunaux.

3° Etudier l'hypnotisme sous ses diverses formes est une tâche laborieuse, mais qui s'impose au médecin légiste pour la découverte d'actes coupables. J. B.

II. — Lefebvre, après avoir décrit les phénomènes fondamentaux de l'hypnotisme, les modalités de cet état, reconnaît que ces études, appliquées à la thérapeutique, peuvent rendre de grands services. Mais il recommande de n'employer ces moyens qu'avec précaution. Il prouve que la jurisprudence ne doit rien attendre de cette science, car, si les hypnotisés disent souvent la vérité, il est prouvé qu'ils l'altèrent souvent. Les représentations publiques doivent être interdites. A. C.

Experimentelle Untersuchungen zur Lehre vom chronischen Alkoholismus, par F. STRASSMANN (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentl. Sanit. nouv. série, XLIX*, 232, *octobre* 1888).

Expériences faites sur douze chiens avec de l'alcool pur ou impur

à 32 0/0. Chaque animal reçut progressivement, une fois par jour, de 10 centimètres cubes à 22,5 d'alcool par kilogramme de son poids vérifié de semaine en semaine.

1° *Résumé des symptômes observés pendant la vie.* — L'un des chiens qui ingéraient de l'alcool amylique a eu des convulsions, l'autre une paralysie progressive d'arrière en avant. L'un de ceux qui ingéraient de l'alcool rectifié a présenté de la paralysie spasmodique des membres postérieurs. L'affaiblissement de l'intelligence et l'incertitude générale étaient le plus marquées chez un des chiens qui ingéraient l'alcool impur du bas peuple berlinois. Mais les mêmes phénomènes, ainsi que le tremblement, furent notés, à un degré moindre, chez tous les chiens soumis depuis un certain temps au régime alcoolique.

Après l'administration de leur ration d'alcool, tous les chiens s'endormaient profondément. Au moment de leur réveil graduel, ils présentaient des tendances agressives.

Le poids des animaux n'a pas offert de modifications régulières et l'âge du chien a paru sans influence.

2° *Résumé des lésions anatomo-pathologiques.* — Les plus constantes sont le catarrhe chronique de l'estomac et le foie gras. Strassmann n'a observé ni la pachyméningite hémorragique, comme Kremiansky (*Virchow's Archiv,* XLII), ni la dégénération grise de la moelle épinière, comme Magnan, ni la méningo-encéphalite chronique, comme Mairet et Combemale (*Comptes rendus Acad. sciences*, 1888) ; enfin, il n'a pu découvrir aucune altération notable des nerfs périphériques.

Ses expériences fournissent cependant quelques résultats décisifs sur la nocivité comparée de l'alcool pur et de l'alcool impur.

L'alcool éthylique additionné de 3 0/0 d'alcool amylique a déterminé les phénomènes les plus graves et a entraîné la mort en moitié moins de temps que l'alcool éthylique pur. En revanche, l'alcool consommé par le bas peuple berlinois, bien que renfermant parmi ses impuretés au moins 1 0/0 d'alcool amylique, a seulement aggravé quelques symptômes (ivresse plus marquée, altérations plus avancées de l'estomac et du foie) sans accélérer la mort. J. B.

A medico-legal case, par BALL (*New York med. record, p.* 267, 1889).

Pour une pleurésie, on fit une ponction à la suite de laquelle le malade mourut de péritonite. L'autopsie montre que l'aiguille a traversé la paroi, le diaphragme et le foie. La cour fixe les dommages et intérêts à 3,000 francs. Le jury accorde 250 francs. A. DUFLOCQ.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

The relation of micro-organisms to injuries and surgical diseases, par N. SENN (*Trans. of Amer. surg. Assoc., VI, p.* 45).

Ce travail important (250 pages de texte) est une remarquable revue générale sur l'état actuel de la microbiologie dans ses rapports avec les

diverses affections chirurgicales qu'il est impossible de résumer. L'auteur y a rassemblé toutes les recherches et découvertes bactériologiques en y joignant l'analyse de ses propres études. Je me contenterai d'indiquer, par l'énumération des chapitres, les points traités dans ce travail.

1° Transmission héréditaire des maladies microbiennes ; 2° les microbes pathogènes existent-ils dans le corps à l'état de santé ; 3° sources d'infection ; 4° localisation des microorganismes ; 5° voies d'élimination ; 6° antagonisme entre les microorganismes ; 7° inflammation ; 8° suppuration ; 9° gangrène ; 10° septicémie ; 11° pyohémie ; 12° érysipèle ; 13° érysipéloïde ; 14° noma ; 15° tétanos ; 16° tuberculose ; 17° anthrax ; 18° morve ; 19° actinomycose ; 20° blennorragie ; 21° syphilis ; 22° origine microbienne supposée des tumeurs, résumé des recherches récentes sur le cancer. Senn a tenté lui-même sans succès l'inoculation par la greffe cancéreuse. A. CARTAZ.

Zur Antiseptik, par Emil ROTTER (*Cent. f. Chir., p,* 40, *p.* 729, 1888).

Le but que s'est proposé l'auteur est d'éviter les accidents d'intoxication causés par les divers agents antiseptiques. Pour le réaliser, il a réuni dans une même solution un grand nombre de substances antiseptiques, chacune d'elles y étant à une dose très faible à laquelle elle n'est pas toxique. Il est arrivé par tâtonnement à la formule suivante : pour un litre d'eau, sublimé, 0,05 ; chlorure de sodium, 0,25 ; acide phénique, 2,0 ; chlorure de zinc et zinc sulfocarbol. *aa* 5,0 ; acide borique, 3,0 ; acide salycilique, 0,6 ; thymol, 0,1 ; acide citrique, 0,1. La valeur antiseptique de cette solution a été contrôlée par des expériences de laboratoire. Elle a été employée avec succès. Elle ne détermine aucun accident cutané. PIERRE DELBET.

Leinenzwirn als Unterbindungs-und Nahtmaterial (Fil de lin pour ligatures et sutures), par HEYDER (*Cent. f. Chir., n°.* 51, *p.* 937, 1888).

Trendelenburg se sert, pour les ligatures et les sutures, de fils de lin. Il suffit pour les préparer de les placer dans une solution de sublimé à 1 0/0, puis de les conserver dans une solution de 1 0/00. On peut tout faire avec ces fils. Trendelenburg les emploie pour suturer la paroi abdominale dans les laparotomies ; il s'en est servi pour une suture intestinale. Ils coûtent beaucoup moins cher que le catgut ou la soie.

PIERRE DELBET.

Desinfektion und Hartung der Gummidrains (Desinfection et durcissement des drains de caoutchouc), par JAVARO (*Cent. f. Chir., n°* 33, *p.* 601).

Les drains conservés dans les solutions antiseptiques deviennent si mous que la pression des bords de la plaie les écrase. On peut éviter cet inconvénient en les durcissant. Pour cela, il faut les placer cinq minutes ou un peu plus longtemps pour ceux de très fort calibre dans une solution concentrée d'acide sulfureux. Ensuite on les lave dans une solution alcoolique à 75 0/0 et on les plonge ensuite dans le liquide antiseptique, acide phénique ou sublimé. PIERRE DELBET.

De la température du spray, par NICAISE (*Revue de chirurgie, n°* 9, *p.* 709 1888)

L'auteur résume plusieurs séries d'expériences dans les conclusions suivantes :

1° La température du spray va toujours en s'abaissant à mesure qu'on s'éloigne du bec du pulvérisateur ; l'abaissement est d'abord très rapide il est de 17° à 10 centimètres du bec, puis il devient beaucoup plus lent, et n'est plus que de 5° entre 21 et 40 centimètres.

2° L'abaissement de température du spray varie avec la température de l'air ambiant, mais, entre deux points dont la distance au bec ne varie pas, l'abaissement est toujours à peu près le même malgré les différences de la température ambiante.

3° A partir de 50 centimètres du bec, la température du nuage du pulvérisateur de Siegle tend à se mettre au même degré que la température de la chambre.

4° A une distance fixe du bec, la température du spray varie peu, de 1° 1/2 pendant la durée du fonctionnement de l'appareil.

5° La température du nuage de vapeur seule sans mélange de liquide pulvérisé est au dessous de celle du nuage de pulvérisation pour une même distance du bec.

6° La température du liquide à pulvériser n'a pas d'influence sur la température du nuage de pulvérisation. C. WALTHER.

Vorstellung eines Falles von ischœmischer Muskellähmung und Muskelkontraktur (Paralysie et contracture musculaire par ischémie), par F. PETERSEN (*XVIIe Cong. des Chirurg. allem. Cent. f. Chirurg.*, n° 24, p. 62, 1888).

Il s'agit d'un enfant qui eut une fracture ouverte de l'humérus. Lorsqu'on retira l'appareil au bout de 6 semaines, on constata les symptômes caractéristiques des paralysies et contractures ischémiques, décrits par Lesser, et en outre une paralysie de la sensibilité. Petersen ayant entrepris une opération trouva le nerf médian étranglé par du tissu cicatriciel et l'artère brachiale transformée en un petit cordon fibreux. Des fragments de muscles ont été enlevés; on a trouvé les lésions histologiques décrites par Lesser. Les massages et l'électricité ont amené une amélioration notable. PIERRE DELBET.

Ueber Hautüberpflanzungen nach Thiersch (Greffes cutanées d'après la méthode de Thiersch), par F. FRANKE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 3, *p.* 45, 1889).

1° Un garçon de 15 ans s'est brûlé sur le dos du pied droit avec de l'acide chlorhydrique le 22 novembre 1886. Greffes d'après le procédé de Thiersch au bout de quelques jours. Le 5 janvier 1887, le malade commence à marcher. Deux jours après il contracte la scarlatine, et le 27 janvier il y a une néphrite hémorragique. Malgré ces incidents, les greffes résistent. Cependant la cicatrisation tarde à s'effectuer ; en automne elle n'est pas encore complète.

2° Brûlure étendue à la cuisse droite et à l'abdomen chez un garçon de 11 ans, survenue le 19 juin. Deux greffes empruntées à l'enfant lui-même réussissent; une fournie par son père échoue. On a recours à un sujet robuste âgé de 30 ans, mais la greffe échoue. L'enfant ne guérit complètement qu'en octobre.

3° Demi-succès chez un sujet de 34 ans, dont la peau du bras a été arrachée par une machine.

Voici enfin un cas remarquable de greffe d'après le procédé de Maas; ici le lambeau cutané à été appliqué sur le tibia mis à nu :

4° Jeune homme de 20 ans, atteint d'ulcère à la jambe gauche depuis 2 ans; la plaie mesure 10 centimètres carrés environ ; au-dessous d'elle le tibia est gonflé. Ayant constaté l'insuccès de divers topiques, l'auteur incise

le 23 juillet l'ulcère et enlève à l'aide de la gouge un morceau d'os grand comme une pièce de 5 marks. Il détache à la partie interne de la jambe droite un lambeau de peau long de 12 centimètres et large de 7, auquel il conserve un large pédicule, l'applique sur la plaie de la jambe gauche et la fixe par des sutures; puis il maintient les deux jambes dans un même appareil plâtré pendant 12 jours. Au bout de ce temps, le pédicule de lambeau cutané est sectionné; il y a un point gangreneux à l'extrémité inférieure de la plaie. Guérison lente, mais la greffe a réussi. L'opéré quitte l'hôpital le 26 novembre. L. GALLIARD.

I. — Contribution to the surgery of cerebral tumors, par Lewis S. PILCHER (*Annals of surgery, p.* 161, *mars* 1889).

II. — A case of tumour of the brain (cerveau), par Coombs KNAPP et E. BRADFORD (*Boston med. and surg. Journ., nos* 14, 15, 16, *avril* 1889).

III. — A contribution to cerebral surgery, par J. Kellock BARTON (*Annals of surgery, p.* 28, *janvier* 1889).

IV. — Epilepsie partielle déterminée par une tumeur cérébrale; trépanation; ablation de la tumeur, par PÉAN (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 19 *février* 1889).

V. — A case of cerebral cyst, par J. PEYTON (*Journal of Amer. med. Assoc., p.* 88, 19 *janvier* 1889).

VI. — A case of cerebral hœmorrhage; trephining, cure, par Herbert ALLINGHAM (*Brit. med. journ., p.* 887, *avril* 1889).

VII. — Traumatic epilepsy treated by trephining, par LEES et PAGE (*Ibidem, p.* 887, 1889).

VIII. — Note on two cases of clot... (Deux cas d'hémorragie méningée avec compression cérébrale et symptômes insolites), par Golding BIRD (*Guys' hosp. Rep. XLV, p.* 234).

IX. — On traumatic subdural abcess of the brain (Abcès traumatiques sous-jacents à la dure-mère), par William STOKES (*The Dublin journ. of medic. sc., p.* 273, *octobre* 1888).

X. — Traumatic abcess in the motor area of the brain; recovery, par John MORGAN (*Brit. med. j., p.* 531, *mars* 1889).

XI. — Considérations cliniques et médico-légales sur un cas de blessure pénétrante du crâne par une balle de revolver, par Ch. LIÉGEOIS (*Revue médicale de l'Est, n°* 4, *p.* 97, 1889).

I.— Un homme de 33 ans, dans une chute, se heurte la tête contre une pierre, en 1882: pas d'accidents immédiats. En 1884, convulsions, troubles visuels: les convulsions persistent, puis survient de la céphalalgie, de l'apathie, de l'hébétude.

On diagnostique une tumeur sans en définir le siège exact, mais qu'on suppose développée au lieu contus autrefois. Le 9 novembre 1888, se guidant sur une cicatrice du cuir chevelu, on trépane en un point répondant au gyrus angulaire gauche. On ne trouve point de tumeur, même après exploration à l'aide d'un trocart.

Mort, au bout de 38 heures, d'œdème pulmonaire.

A l'autopsie, gliome de la moitié antérieure de l'hémisphère gauche, s'étendant dans l'épaisseur du corps calleux: cette tumeur n'aurait pu être enlevée.

Pilcher suppose que le traumatisme a déterminé une lésion en un point éloigné du cerveau, et que le gliome frontal a sa cause dans l'accident de 1882. Il insiste sur les signes admis pour localiser les lésions

dans les centres moteurs spéciaux, et montre que dans plusieurs cas d'interventions récentes, ils ont été insuffisants ou trompeurs. MAUBRAC.

II. — Un homme de 32 ans avait éprouvé, en juin 1886, des nausées, des vomissements avec des maux de tête : ces accidents disparurent. En janvier 1887, parésie des 2 mains, puis vertiges, en mars 1887, convulsions. Des troubles nerveux généraux, du côté des organes des sens, de la parole, s'accentuent jusqu'au 28 décembre 1888, époque à laquelle on intervient.

La trépanation est faite au niveau de la partie moyenne de la scissure de Rolando : on enlève une tumeur sous-corticale pesant 35 grammes, et dont les dimensions sont de 7 centimètres sur 4. — Mort trois quarts d'heure après l'opération.

La tumeur était une gomme tuberculeuse dont le siège avait été exactement diagnostiqué.

Knapp donne le résumé de 23 opérations pratiquées pour tumeur cérébrale : ces opérations se groupent ainsi :

15 fois la tumeur a été enlevée;

1 fois la tumeur a été trouvée, mais n'a pas été enlevée;

3 fois la tumeur n'a pas été trouvée;

4 fois des kystes ont été enlevés ou évacués.

Le siège des 15 tumeurs enlevées est ainsi réparti :

Lobe frontal, 1 cas : 1 guérison ;

Région rolandique, 10 cas : 7 guérisons; 3 morts (1 choc, 2 septicémies);

Lobe occipital, 1 cas : 1 mort, par hémorragie.

Cervelet, 3 cas : 3 morts (2 par choc, 1 par œdème pulmonaire.)

Les 4 trépanations exploratrices donnent 2 guérisons et 2 morts par choc.

Des 4 malades opérés de kystes, 3 ont guéri, 1 est mort de choc.

L'examen des statistiques des tumeurs du cerveau montre que les chances du traitement chirurgical sont peut nombreuses. Si on exclut les tumeurs du cervelet, on trouve 5 à 7 0/0 des tumeurs situées en une région accessible, et donnant lieu à des signes permettant de préciser leur foyer. Donc, dans 7 0/0 des cas, la tumeur pourra être localisée et enlevée, et la moitié environ des opérés guérira.

Suivent quelques remarques critiques sur la topographie crânio-cérébrale et le mode opératoire. MAUBRAC.

III. — 1° Homme de 45 ans, atteint d'otite suppurée. Des symptômes cérébraux étant survenus, phénomènes très douloureux, frissons, brusques changements de température, etc., on se décide à pratiquer une trépanation en arrière du conduit auditif externe : mais le traitement mercuriel fit disparaître ces accidents et amena une guérison complète.

2° Une femme de 30 ans avait une nécrose syphilitique du frontal : en même temps existaient des signes de compression du cerveau, troubles de motricité, d'idéation, etc. A l'aide du trépan on retire l'os nécrosé ; en arrière, la dure-mère est jaunâtre, tendue : on l'incise, et on tombe sur une gomme syphilitique qu'on enlève avec une curette : cette tumeur siégeait sur la partie supérieure du lobe antérieur, et avait le volume d'un petit œuf. Après une amélioration sensible des troubles antérieurs à l'opération, il se produisit une hernie du cerveau qui entraîna la mort 27 jours après l'opération.

A l'autopsie, inflammation aiguë du lobe frontal et de la dure-mère.

MAUBRAC.

IV. — Jeune homme de 28 ans, pris, à l'âge de 22 ans, d'accidents épilep-

tiformes. Les crises, tout d'abord distantes de 8 à 10 jours, ne tardèrent pas à se rapprocher, malgré un traitement bromuré, et à constituer une menace pour la vie; elles présentaient tous les caractères de l'épilepsie partielle la plus typique, occupant le côté droit du corps en commençant par le membre inférieur, et probablement produite par une tumeur siégeant au niveau ou au voisinage du centre moteur du membre inférieur. Après avoir marqué les points de repère et tracé une circonférence de la largeur d'une pièce de 2 francs sur la partie gauche du crâne, en dehors de la suture sagittale, autour et au-dessous de cette extrémité, les téguments furent incisés, la couche osseuse fut enlevée par morcellement, et la dure-mère fendue crucialement. On aperçut alors la pie-mère blanchâtre, jaunâtre et un peu bombée dans un point, en même temps que s'écoulait une gouttelette de sérosité louche. Une incision à ce niveau montra que la pie-mère adhérait à une tumeur, dont l'ablation eut lieu par morcellement, sans intéresser le cerveau. Drainage, sutures, pansements antiseptiques, et le 10e jour cicatrisation complète. Disparition des crises épileptiques qui deux mois et demi après n'avaient pas reparu. La tumeur examinée par Cornil (*Soc. anat.*, mai 1889, p. 413) était un endothéliome. OZENNE.

V. — Un garçon de 22 ans reçoit un coup sur le côté gauche de la tête, en 1880 : fracture du pariétal, perte de connassance; le 3e jour on pratique l'élévation du fragment osseux : guérison sans accidents. Trois ans après, convulsions épileptiques qui déterminent à pratiquer une trépanation au siège de la fracture. Un fragment pointu de la table interne est détaché de la substance cérébrale qui lui adhère, et est enlevé. Guérison, et durant 6 semaines plus de convulsions. Mais les convulsions ayant reparu avec la même régularité qu'avant l'intervention, on pratique une nouvelle trépanation ; la dure-mère et la pie-mère étant incisées, on trouve un kyste, gros comme un œuf, contenant un liquide clair, le kyste est incisé, et la plaie est drainée : guérison. MAUBRAC.

VI. — Homme de 40 ans, tombé d'un tramway. Signes observés de commotion cérébrale, puis, les jours suivants, stupeur et attaque épileptiforme débutant par les muscles de la face du côté gauche. Trépanation le 15 décembre, 8 jours après l'accident, au niveau de la scissure de Rolando. On trouve la dure-mère tendue, sans pulsations, et après l'incision de cette membrane, il s'écoute trois onces de sang d'un caillot qui comprimait le cerveau. L'exploration digitale fit sentir une contusion du lobe frontal droit. Lavage de la cavité à l'eau phéniquée à 1/40; suture et pansement antiseptique. Le lendemain, le malade commence à mouvoir sa jambe gauche. En trois jours le paralysie disparaît et les convulsions ne se reproduisent plus. Guérison complète le 15 février.

VII. — Homme de 38 ans, épileptique depuis 14 ans, consécutivement à une chute de cheval. Les accès débutent toujours par le pied gauche. Cicatrice pariétale douloureuse à un point plus près de la ligne médiane, correspondant à la partie supérieure du sillon de Rolando. Constamment le malade éprouve une aura sensitive dans le pied gauche. Trépanation au point douloureux. On ne trouve qu'un épaississement de l'os, pas d'adhérences ni de lésions des méninges. Guérison rapide de la plaie, mais quelques jours après, retour de l'aura et des accidents cérébraux : mort dans un accès convulsif. L'autopsie montra de l'hyperémie et un ramollissement de la substance cérébrale au point de l'opération, un excès de liquide céphalo-rachidien, et un état laiteux de la pie-mère. A trois pouces en arrière de la suture frontale existait un ostéophyte qui pénétrait dans le cerveau au voisinage du sinus longitudinal. L'auteur pense que c'était là l'origine des crises épileptiques. H. R.

VIII. — 1° La première observation de G. Bird concerne un enfant de 14 ans, atteint de commotion cérébrale traumatique. Le 5e jour, on débride la région pariétale et l'on constate, malgré l'absence de plaie des téguments, un

épanchement sanguin abondant. La jambe droite est un peu engourdie. Le lendemain, en palpant la région contusionnée, on provoque des fourmillements dans les membres supérieur et inférieur droit, et la main droite se ferme convulsivement, le pouce en contracture. Trépanation dans la région des circonvolutions motrices, extraction d'un volumineux caillot. Guérison.

2° Homme de 31 ans, atteint de commotion cérébrale. Stertor, paralysie des membres, dilatation des pupilles, surtout de la gauche. Pas de plaie de tête ni de fracture du crâne appréciables, mais en explorant la région, au niveau de la zone pariétale, brusquement se produisent des mouvements d'extension de l'avant-bras et du poignet gauche : en insistant davantage, on détermine des accès convulsifs épileptiformes.

Diagnostic : caillot sous la dure-mère, comprimant l'encéphale. Trépanation. On arrive sur une fissure horizontale postérieure intéressant l'occipital. Au-dessous de la dure-mère est un vaste caillot hémorragique. Amélioration de la respiration après le lavage du caillot, mais mort 3 heures après. H. R.

IX. — Stokes publie deux observations détaillées, dont l'une, suivie de guérison, d'abcès sous-jacents à la dure-mère. Voici les conclusions de son mémoire :

Après les premiers symptômes de commotion cérébrale consécutive au traumatisme, il existe une période latente, de durée variable, pendant laquelle la fièvre et les symptômes cérébraux font absolument défaut, bien que le pus soit en voie de formation. Les accidents éclatent tardivement, mais brusquement, et suivent rapidement une progression fatale, si l'on n'intervient pas de suite. Cette marche est distincte de celle de l'encéphalite et de la méningite, qui ne présentent pas de période d'accalmie.

La trépanation, en pareil cas, est toujours indiquée, la mort étant inévitable dans les cas de non-intervention. Quand on ne tombe pas sur le foyer de l'abcès, il faut faire des ponctions aspiratrices avec une aiguille fine. H. R.

X. — Enfant de 9 ans, chute sur le crâne avec plaie des téguments, sans fracture apparente. Perte de connaissance initiale, puis retour de la conscience sans paralysie. Le 4e jour convulsions suivie d'hémiplégie gauche limitée aux membres. Trépanation le lendemain. On constate à deux pouces au-dessus de l'oreille droite, assez loin de la plaie tégumentaire, une dépression osseuse qui conduit à un abcès sous la dure-mère. Lavage de la plaie, curage des granulations de l'abcès et drainage. Pendant trois jours, légères attaques convulsives et état comateux, puis progressivement retour de l'intelligence, de la motilité, malgré une menace d'hernie cérébrale. Finalement guérison complète. H. R.

XI. — Un garçon de 12 ans reçoit une balle de revolver au milieu du front; avec le doigt, on reconnaît la perforation du crâne et des méninges; il y a même issue d'environ 3 grammes de matière cérébrale; avec un stylet on arrive sur la balle à une profondeur de 10 centimètres, probablement dans le lobe pariétal droit. On ne fait pas d'autre antisepsie qu'un pansement avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée.

Au bout de 2 jours, le malade commence à répondre aux questions; il n'a aucune paralysie des membres; il se lève guéri au bout de 23 jours. Il prétend avoir la sensation du projectile à l'endroit probable où il s'est arrêté. Les facultés intellectuelles ont beaucoup baissé et le caractère est devenu bizarre et méchant. LEFLAIVE.

I. — A contribution to the surgery of the spine, par Robert ABBE (*New York med. record*, *p.* 149, 9 *février* 1889).

II. — Two cases of fracture of the spine treated by trephining, par Herbert

ALLINGHAM (*Med. Soc. of London*, 8 *avril*; *Brit. med. journ.*, 12 *avril* 1889).

I. — 1° Homme de 22 ans. Depuis un an, douleur dans les reins, rénittence légère et douleur à la pression sur le côté droit de la colonne au niveau des neuvième et dixième vertèbres dorsales. Un mois après, induration manifeste au même point ; la sensibilité et la motilité diminuent dans les deux jambes; sur l'abdomen, il existe une ligne d'hyperesthésie. 15 jours plus tard la paraplégie s'établit, puis l'incontinence des fèces et de l'urine. Fièvre le soir. Opération. On dénude la colonne, on coupe les lames des 8e, 9e, 10e dorsales. Du pus desséché occupe le canal comprimant la moelle contre le corps des vertèbres. Curage par la cuiller tranchante, pansement à l'iodoforme. 8 jours après, la sensibilité reparaît; le malade remue la jambe gauche, la fièvre tombe. En six semaines, il remue les deux jambes. Le troisième mois, il marche avec des béquilles. Maintenant, huitième mois, il marche comme tout le monde. La tumeur, évidemment tuberculeuse, ne contient pas de bacilles.

2° Homme de 44 ans, atteint depuis longtemps d'une cruelle névralgie du plexus brachial avec atrophie musculaire. On fit alors (il y a un an) la section des nerfs du plexus. En juin, Bull pratique l'amputation du bras. L'auteur le voit avec de la parésie des muscles du cou, des contractions toniques de l'épaule, de l'exagération des réflexes. Il pratique la résection des lames vertébrales et il fait l'élongation, puis la section des 5, 6, 7, 8e paires. Guérison, mais persistance des douleurs qui ont changé de caractère. P. DUFLOCQ.

II. — Homme de 31 ans ; paralysie complète remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde, suite d'une chute. Trépanation du rachis après incision de 10 pouces. Ablation des lames et apophyses épineuses des 5e, 6e et 7e vertèbres qui comprimaient la moelle. Guérison de la plaie en 10 jours. La paralysie a notablement diminué.

Dans le second cas, chez une femme, la paralysie remontait au-dessus de l'ombilic ; ablation, 6 jours après la fracture, des lames et apophyses épineuses des 3e, 4e, 5, 6e vertèbres. Incision de la dure-mère, la moelle a été comprimée. Mort de la femme 7 mois plus tard, de cystite, de décubitus. La moelle était presque divisée en deux. A. C.

Nerve grafting (Greffe des nerfs), par Mayo ROBSON (*Brit. med. J.*, *p.* 244, *février* 1889).

Une jeune fille de 14 ans, porte à l'avant-bras une tumeur volumineuse intimement adhérente au nerf médian. Pendant l'opération, il est impossible de séparer le nerf, et Robson est obligé de le sectionner sur une longueur de 2 pouces 1/2. Il se proposait de remplacer la portion excisée du nerf par le sciatique d'un lapin, mais une amputation de cuisse étant faite ce jour là même, il prit le nerf postérieur tibial de la jambe amputée, le transporta dans une solution phéniquée chaude, et le sutura, au moyen de fils de catgut, au nerf médian sur une étendue correspondante à celle de la plaie, qui guérit par première intention.

La greffe ainsi pratiquée avait été faite 48 heures après l'extirpation de la tumeur. 36 heures après la sensibilité était revenue au point que le malade sentait l'attouchement d'une pointe de crayon.

Cinq semaines après l'opération, la sensibilité était parfaite, mais il y avait un peu d'atrophie des muscles de l'éminence thénar.

L'auteur conclut de ce fait que la réunion des parties divisées d'un nerf est bien réelle, et porte aussi bien sur les tubes nerveux que sur le tissu conjonctif : il n'est donc pas nécessaire, comme on l'admet généralement, que le nerf commence par dégénérer avant de subir sa régénération.

Discussion très intéressante à propos de ce cas (Bryant, Bowlby, Heath, etc.) H. R.

I. — Aneurysm of the arch of the aorta, simultaneous ligation of the common carotid and subclavian arteries, par J. A. WELLS (*N. York med. journ., p.* 373, 6 *octobre* 1888).

II. — Pulsating exophthalmus cured by ligation of the common carotid, par BULLER (*N. York med. record, p.* 135, *août* 1888).

III. — Anévrisme artério-veineux de l'artère carotide dans le sinus caverneux. Ligature des deux carotides primitives, par Le FORT (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 13 *novembre* 1888).

IV. — Aneurysma der Vorderarmarterien (Anévrisme de l'avant-bras), par HOCHENEGG (*Soc. des méd. de Vienne*, 13 *janvier* 1888).

V. — Sur un cas d'anévrisme poplité bilatéral, etc. Ligature des deux fémorales, par CAUCHOIS (*La Normandie médicale*, 15 *novembre* 1888).

VI. — Traitement de l'anévrisme de l'artère poplitée par l'extirpation du sac, par OULIÉ (*Thèse de Paris*, 1888).

VII. — Traitement des anévrismes artériels, par Félix BRUN, rapport par RECLUS (*Bull. de la Soc. de chirurgie, t. XIV, p.* 986-1017).

VIII. — Plaies et ligatures de la veine fémorale, par MAUBRAC (*Arch. gén. de méd., janvier et février* 1889).

IX. — Plaies de la veine fémorale par armes à feu, par LE MÊME (*Arch. de méd. milit., novembre et décembre* 1889).

I. — Femme de couleur âgée de 70 ans, rhumatisante, non syphilitique, ayant depuis longtemps des battements artériels exagérés dans le creux sous-claviculaire droit, et depuis deux mois des douleurs très vives à ce niveau. On perçoit là un double bruit de souffle; pas de tumeur, pas de signes de compression veineuse, pas de modification du pouls radial. Cependant on admet un anévrisme de l'aorte ascendante ou du tronc brachio-céphalique.

Le 2 mai 1888, ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites; le premier de ces vaisseaux est dur et dilaté. Pansement à l'iodoforme. Guérison rapide de la plaie. La douleur cesse ainsi que les battements. Au bout de vingt-deux jours, le pouls radial recommence à battre. On perçoit un très faible bruit dans la région sous-claviculaire. L'opérée se considère comme guérie; elle cesse l'usage de l'opium qu'elle prenait à haute dose avant l'opération. L. GALLIARD.

II. — Un homme de 28 ans tombe de vingt pieds de haut sur le côté droit de la tête et reste vingt-quatre heures sans connaissance. Il se plaint de diplopie; il entend un bruit sourd par l'oreille droite. Deux semaines après exophtalmie de l'œil droit; quatre jours après douleur intolérable; on constate une tumeur où le doigt perçoit un thrill; la compression de la carotide primitive diminue les pulsations et la tumeur.

On fait la ligature de la carotide primitive; la tumeur disparaît, l'exophtalmie diminue. Guérison. P. DUFLOCQ.

III. — Jeune fille de 18 ans présente, à la suite d'un coup de pied de cheval reçu sur la région pariétale, les symptômes suivants : violentes douleurs de tête, exophtalmie très marquée, surtout du côté droit, et, de ce même côté, strabisme convergent amenant de la diplopie. En auscultant les régions orbitaire et temporale, on perçoit un bruit de souffle intense, continu, avec exacerbation très forte, coïncidant avec la systole cardiaque. Par la compression sur la carotide primitive droite on interrompait le bruit de

souffle. Il n'y avait ni thrill ni piaulement, et ce n'est que plus tard que ces deux symptômes se sont montrés. Cependant le diagnostic ne pouvait être douteux, il s'agissait d'une rupture de l'artère carotide interne dans le sinus caverneux. C'est le cinquième cas connu de ce genre. Le 31 mai, Le Fort pratique la ligature de la carotide primitive droite, et le 24 juillet suivant, en l'absence d'amélioration, la ligature de l'artère carotide primitive gauche qui amène alors, sinon la guérison complète, une amélioration considérable.

OZENNE.

IV. — Il s'agit ici d'anévrismes emboliques multiples.

Le sujet, âgé de 21 ans, atteint deux fois de rhumatisme articulaire aigu, présentait un gonflement récent de l'avant-bras gauche. On constata une tumeur pulsatile qu'on attribua à l'artère cubitale, et en même temps une double insuffisance, mitrale et aortique. Sous l'influence de la compression, la tumeur diminuait lorsque le malade eut brusquement une sorte de phlegmon rétro-malléolaire. Il déclara que la tumeur de l'avant-bras avait été précédée de phénomènes analogues; aussi s'attendait-on à voir se développer un anévrisme tibial. Mais la rupture d'un anévrisme mésentérique cause la mort du sujet.

A l'autopsie on vit que la tumeur était constituée par un anévrisme de l'interosseuse. Dans le cœur, vestige d'une endocardite ancienne, traces d'endocardite récente avec masses végétantes de l'endocarde et des cordages tendineux. C'est là le point de départ des embolies qui ont produit les anévrismes à la périphérie. L. GALLIARD

V. — Les cas d'anévrisme poplité bilatéral sont peu fréquents. Cauchois n'en a trouvé que quatre observations.

Il s'agit d'un homme de 38 ans qui, depuis son enfance, avait dans le creux poplité du côté droit une petite bosse du volume d'une noix et tout à fait indolente. En 1884, cette grosseur acquit subitement, en l'espace de trois jours, le volume d'un œuf de poule; elle devint en même temps le siège de battements manifestes et de vives douleurs lancinantes. Un mois plus tard apparaissait du côté droit un autre anévrisme; on essaye la flexion de la jambe, qui ne peut être supportée, puis la compression avec la bande d'Esmarch et la compression digitale. Ces moyens ayant échoué, la ligature de la fémorale est pratiquée du côté gauche. Amélioration sensible, malgré le sphacèle des extrémités des deux premier orteils.

Cinq semaines après cette opération, on la renouvelle du côté droit et l'on obtient plus rapidement une diminution de la tumeur. Celle de gauche est restée molle et du volume d'un œuf de dinde; en outre, il y a une atrophie très prononcée de la jambe, une inertie complète du pied et, à la région péronière, une plaie consécutive à une eschare.

Cinq mois plus tard, à la suite d'un érysipèle qui s'était développé autour de cette plaie non encore cicatrisée, survient un vaste flegmon diffus de la jambe, avec hémorragies pendant plusieurs jours et luxation du genou en arrière.

L'amputation de la cuisse est faite à la partie moyenne. Guérison sans complications. OZENNE.

VI. — Cette thèse, qui contient sept observations, est un plaidoyer en faveur de l'extirpation du sac, ou procédé de Purmann, comme traitement de l'anévrisme de l'artère poplitée : Bien qu'elle ait été peu pratiquée pour de gros anévrismes, elle a donné des résultats assez favorables pour qu'on la retire du discrédit dans lequel on l'a toujours laissé dormir. Elle est tout aussi efficace que les autres méthodes, dites sanglantes, sans être ni plus dangereuse ni plus difficile à pratiquer. C'est ce que l'auteur cherche à prouver par une étude critique des différents procédés qui ont été mis en usage. OZENNE.

VII. — Brun présente deux observations d'anévrismes poplités, guéris par la ligature aseptique après échec de la méthode de Reid. Il a réuni 33 observations, y compris les 2 précédentes qui fournissent 26 réunions par première intention, 7 fois de la suppuration, mais une seule fois importante. Les complications se sont réduites à 1 cas d'hémorragie secondaire, 2 cas de gangrène, 1 cas d'inflammation du sac.

Sur ces 33 ligatures, 1 seul cas de mort chez un cardiaque, enlevé au vingtième jour par des accidents brusques d'asystolie.

Reclus ajoute aux 33 cas rapportés par Brun 45 cas de la statistique de Delbet, 8 de Lister, 4 de Chienne, en tout 82 cas qui fournissent 4 cas de mort et 5 cas où la gangrène fut assez étendue pour nécessiter l'amputation. C. WALTHER.

VIII. — L'objet principal de ce travail est d'établir, d'après les faits cliniques, si la gangrène doit compter au nombre des accidents qu'entraîne la ligature de la veine fémorale commune.

Ou la veine fémorale est blessée durant l'extirpation d'un néoplasme inguinal ayant déjà comprimé les vaisseaux et modifié la circulation du membre, ou bien un traumatisme accidentel atteint la veine chez un sujet sain, dont la circulation de la cuisse est normale.

La ligature de la veine blessée au cours d'une ablation de néoplasme inguinal n'entraîne point la gangrène (20 observations) : mais lorsque l'artère et la veine ont été blessées et liées simultanément, la gravité de l'opération se montre par 9 cas de gangrène sur 19 opérés.

Les plaies de la veine fémorale seule, par traumatisme accidentel sont rares : l'auteur en cite 4 cas; 2 fois il y eut gangrène; les 2 autres blessés sont morts aux troisième et onzième jour, sans gangrène. La gangrène, sans être fatale, est une complication imminente, qu'on doit s'appliquer à prévenir. Le traumatisme accidentel nécessitant la ligature des deux vaisseaux fémoraux a 13 fois entraîné la gangrène sur 23 opérés (56 0/0).

Le traitement des plaies traumatiques de la veine fémorale commune seule sera : ne pas tourmenter la plaie ; établir la compression qui, en arrêtant l'hémorragie, ne supprime pas absolument le courant circulatoire ; n'intervenir qu'en présence d'accidents qu'on ne peut enrayer; en ce cas, pratiquer la double ligature du vaisseau blessé, puis au pli de l'aine, sur l'artère, une compression qu'on pourrait à volonté diminuer; si cette compression artérielle ne peut s'exercer, lier l'artère superficielle, permettant ainsi par la fémorale profonde un apport de sang suffisant pour la vitalité du membre et assez modéré pour ne le point engorger au point de le gangrener.

Si les deux vaisseaux sont blessés, favoriser par la compression la transformation en anévrisme artério-veineux, dont la cure sera moins dangereuse ; la ligature immédiate ne se devra pratiquer que la main forcée.

Si la plaie de la veine est assez petite pour admettre une ligature latérale, on aura recours à cette opération dont les résultats, dans 11 cas où on l'a pratiquée pour ablation de tumeurs inguinales, ont été assez favorables (6 guérisons, 5 morts dont 4 par septicémie). Une ligature latérale pour plaie accidentelle a été suivie de guérison.

IX. — Appliquant ces conclusions au traitement des plaies par armes à feu, dont il a réuni 27 observations, Maubrac insiste sur les caractères propres à ces blessures contuses, peu propres à l'écoulement du sang au dehors, l'hémorragie pouvant même être absente, alors que la veine fémorale est ouverte. Ces plaies se prêtent favorablement au traitement par la compression aseptique, qui pourra permettre, même pour les cas de perforation, la guérison sans ligature (1 observation de plaie de la veine fémorale par balle de 7 millimètres guérie sans oblitération du vaisseau).

Si l'artère est en même temps atteinte, souvent il n'y a que des signes insignifiants au début, puis il se forme un anévrisme artério-veineux, solution heureuse, de pronostic plus bénin que la ligature immédiate, qui donne, sur 11 blessés par armes à feu, 11 morts, dont 8 par gangrène.

Comme règle générale, le traitement tendra à l'abstention opératoire autant qu'il sera possible, mettant tout en œuvre pour amener la guérison spontanée, alors même que le diagnostic a été établi. M.

A pin imbedded in a woman's heart (Épingle fixée dans le cœur d'une femme), par PEABODY (*N. York med. journ., p.* 715, 29 *décembre* 1888).

L'auteur a découvert dans le cœur d'une femme de 39 ans, morte de rétrécissement mitral, une épingle dont il n'a pu découvrir l'origine et qui avait séjourné probablement fort longtemps dans l'organe.

Le cœur était un peu hypertrophié, la paroi du ventricule gauche épaissie, graisseuse sur certains points. L'épingle était plantée dans un des muscles papillaires (attribué au segment antérieur de la valvule mitrale), traversait ce muscle et pénétrait obliquement à 3 centimètres de profondeur dans la paroi ventriculaire. La pointe était à 5 millimètres de la surface externe. La tête était libre dans le ventricule et n'avait pas déterminé de thrombose. Il n'y avait pas, autour du corps étranger, de trace d'inflammation récente.

L. GALLIARD.

Endarteritis circumscripta d. art. femoralis (Gangrène de la jambe consécutive à une endartérite circonscrite de l'artère fémorale chez une femme de 36 ans), par RIEDEL (*Cent. f. Chir.*, n° 30, *p.* 554, 1888).

Cette personne, antérieurement bien portante et sans aucune espèce d'antécédents, remarqua, en juillet 1887, que la sensibilité du pied gauche était devenue obtuse. Bientôt des douleurs très vives se manifestèrent et une petite plaque noire apparut sur le gros orteil. Le 24 novembre, lorsqu'elle entre à l'hôpital, la gangrène s'étend jusqu'à l'articulation de Chopart. On ne peut sentir de pulsations ni au niveau de la tibiale postérieure, ni au niveau de la poplitée. Sous le ligament de Poupart la fémorale bat normalement. Pas trace d'athérome ni de syphilis. Comme il était difficile de fixer le point où il fallait amputer, on prit le parti de découvrir d'abord les artères de la jambe. Elles parurent normales, et on pratiqua l'amputation de jambe. Mais les artères liées ne présentant aucune pulsation, on se décida séance tenante à amputer la cuisse. L'examen montra que l'artère fémorale, à trois centimètres au-dessous de la section, était oblitérée sur une étendue de deux centimètres, par un foyer limité d'endartérite végétante. Au-dessus, il existait deux autres petits foyers d'endartérite; les autres artères étaient saines. PIERRE DELBET.

Origine tellurique du tétanos, par BOSSANO (*Revue de médecine*, p. 102, 10 *février* 1889.

Dix échantillons de terres prises dans des prairies, des champs cultivés ou sur des chemins et inoculées chacune à deux cobayes ont donné naissance chez ces derniers à des accidents tétaniformes, alors que l'inoculation de terre prélevée dans des endroits secs et qui n'avait pas été depuis longtemps en contact avec des matières organiques en putréfaction avait donné des résultats négatifs.

Les inoculations ont été faites chaque fois sur le flanc droit, au niveau des membres postérieurs.

Les phénomènes observés dans les cas où l'expérience a réussi ont été les suivants : le surlendemain de l'inoculation, contracture du membre au niveau duquel a été faite l'inoculation. Cette contracture augmente progressivement et, à mesure qu'elle s'accentue, le membre est porté dans l'extension forcée. Le troisième jour, la contracture a envahi le membre homologue du côté opposé, qui est également porté dans l'extension, et, à partir de ce moment, l'animal se tient constamment dans le décubitus dorsal. On voit apparaître le trismus, mais pas d'une façon constante chez le cobaye, ainsi qu'une dyspnée très intense qui, dans la plupart des cas, va en augmentant jusqu'à la mort. Dans aucun cas, la température rectale ne s'est élevée ni pendant la vie, ni immédiatement après la mort.

Le pus de la plaie de tous les cobayes morts tétaniques contenait en plus ou moins grande quantité le mince bacille droit, à spores terminales renflées, qui caractérise le tétanos, d'après l'auteur.

L'inoculation de ce pus reproduit, chez les animaux auxquels on la pratique, des accidents tétaniformes semblables à ceux des cobayes inoculés avec de la terre, il semble même que l'apparition des accidents est plus hâtive et leur évolution plus courte.

Au contraire, lorsqu'on pratique des inoculations successives non plus avec du pus, mais avec un fragment de tissu d'un cobaye mort de tétanos, les accidents se développent encore, mais beaucoup plus lentement et beaucoup moins violemment, si bien que quelques-uns ne meurent pas. Ceux-ci seraient dès lors réfractaires à l'inoculation de la terre primitivement employée. Bossano se demande s'il ne s'agit pas là d'une atténuation de virus comparable à celle que l'on obtient par des inoculations en séries dans plusieurs autres maladies. Il se propose, d'ailleurs, de reprendre cette étude. C. GIRAUDEAU.

I. — Sopra una nuova specie di bacterio patogene riscontrato in materiale tetanigeno, par BELFANTI et PESCAROLO (*Giorn. d. Accad. di med. di Torino, juin* 1888.)

II. — Ricerche sull'etiologia del tetano, par J. LAMPIASI (*Giorn. ital. delle sc. med., X*, 1889).

III. — Contribuzione all'etiologia del tetano traumatico, par E. DALL'ACQUA et E. PARIETTI (*La Riforma med.*, 2 *et* 3 *avril* 1889).

IV. — Étiologie du tétanos, par TIZZONI et CATTANI (6e *Cong. de chir. ital. à Bologne*; *Bull. méd.*, 24 *avril* 1889).

V. — Zur Ætiologie des Tetanus, par V. EISELBERG (*Wiener klin. Woch.*, n° 6, 1888).

VI. — **Experimentelle Beiträge zur Ætiologie des Wundstarrkrampfes** (tétanos), par **LE MÊME** (*Ibidem. nos* 10 *à* 13, 1888).

VII. — **Études sur la nature, l'origine et la pathogénie du tétanos**, par **A. VERNEUIL** (*Revue de chir., nos* 10, 12, 1887, *et nos* 3 *et* 8, 1888).

VIII. — *Idem*, par **LE MÊME, et Discussion** (*Bull. Acad. de méd., nov.* 1888 *et fév.* 1889).

IX. — **Étude clinique sur l'étiologie du tétanos**, par **RICOCHON** (*Gaz. hebd. de méd., août* 1888).

X. — **Contribution à l'origine équine du tétanos**, par **L. LECOURT** (*Soc. de biol.,* 10 *novembre* 1888).

XI. — *Idem*, par **GAILHARD** (*Union méd., p.* 114, 1888).

XII. — **Pathogénie et traitement du tétanos**, par **GUELPA** (*Soc. de méd. prat.,* 15 *novembre* 1888).

XIII. — **Rapport des névrites périphériques avec le tétanos traumatique**, par **PITRES et VAILLARD** (*Soc. de biol.,* 10 *mars* 1888, *et Arch. gén. de méd., mai* 1888).

XIV. — **Sur un cas de tétanos des nouveau-nés d'origine microbienne**, par **P.-A. LOP** (*Marseille méd., n°* 3, 1889).

XV. — **On the treatment of the acute stage of traumatic tetanus**, par **John MINOR** (*New York med. Record, p.* 6, *janv.* 1889).

I. — Il s'agit d'un nouveau bacille pathogène que les auteurs ont isolé et qu'ils ont recueilli dans les matières septiques raclées sur les plaies d'une femme morte de tétanos traumatique. Ce micro-organisme, bien différent du bacille de Nicolaïer-Rosenbach, également rencontré dans le cas observé, a été obtenu en culture pure sur la gélatine, l'agar-agar, le sérum, la pomme de terre, etc. Il se présente sous la forme d'un bâtonnet un peu plus long que large, est doué de mouvements très étendus, même à la température ambiante de 23 et 25° C., et se multiplie par scission. Inoculé aux lapins, aux cobayes, aux souris, aux moineaux, il les tue sûrement en produisant rapidement une septicémie générale chez ces animaux, qui meurent tantôt avec des phénomènes convulsifs, tantôt avec des symptômes de paralysie. L'examen bactériologique du sang et de la rate des animaux inoculés a prouvé l'existence constante de ce micro-organisme et l'absence également constante du bacille de Nicolaïer. Les auteurs pensent que les diverses formes de bacilles trouvés dans le sang des tétaniques représentent simplement les différents stades de la bactérie qu'ils ont étudiée. H. BARTH.

II. — Lampiasi a trouvé dans le sang d'un homme et de deux mulets atteints de tétanos spontané un bacille ordinairement droit, rarement incurvé, quelquefois segmenté, à extrémités arrondies et légèrement effilées, mobile vers 25 à 30° ; l'inoculation de ses cultures a reproduit le tétanos chez 39 animaux (cobayes et lapins) sur 62 expériences. Lampiasi conclut de ses recherches que le microbe du tétanos est spécifique et identique chez l'homme et dans la race chevaline; que le tétanos spontané est produit par le même micro-organisme qui détermine le tétanos expérimental, et que le tétanos traumatique est très probablement, mais non certainement, produit par ce même bacille. GEORGES THIBIERGE.

III. — Des lapins inoculés avec des fragments de peau pris au voisinage de la blessure (plaie de la région calcanéenne produite par un clou de soulier) ont été atteints du tétanos; des cobayes inoculés avec des fragments de la zone d'inoculation de ces lapins furent à leur tour pris du tétanos. Des animaux inoculés avec la terre contenue dans le soulier du malade furent également atteints du tétanos. La terre de l'atelier où travaillait le malade, inoculée à trois lapins, détermina chez l'un d'eux l'apparition du tétanos et la production au point d'inoculation d'un abcès renfermant à la fois le micro-organisme de l'œdème malin et un bacille filiforme présentant les caractères assignés par Nicolaïer, Rosenbach et Bonome au microbe du tétanos; les cultures de ce bacille, inoculées aux animaux, produisirent généralement le tétanos. GEORGES THIBIERGE.

IV. — Un malade entré à l'hôpital pour une fracture comminutive de l'humérus est pris de tétanos. Le sang examiné ne contient aucun microbe, et l'inoculation aux animaux reste négative. Le malade ayant été amputé, Tizzoni et Cattani firent des ensemencements avec des tissus pris à l'endroit de la fracture, ainsi que dans les nerfs et la moelle osseuse; seules les parties dans le voisinage de la fracture se montrèrent douées de propriétés tétanogènes. Avec le bacille de Nicolaïer, on trouva des microcoques qui liquéfient lentement la gélatine. Ce liquide a une action tétanogène très prononcée. A. C.

V. — Eiselsberg présente un lapin qui offre les symptômes typiques d'un tétanos inoculé dans les circonstances suivantes :

Une femme de 40 ans, frottant un parquet, s'introduisit dans la paume de la main, en novembre 1885, une écharde de bois qui fut, séance tenante, en partie retirée par son mari. La semaine suivante, un phlegmon se déclare et nécessite de nombreuses incisions; le douzième jour, apparition de trismus et de contractures dans la région de l'extrémité lésée; les jours suivants, tétanos confirmé et d'intensité extraordinaire. — La malade sort de l'hôpital à Noël, mais avec une fistule persistante qui guérit entièrement après l'extraction d'une esquille de bois longue de 2 centimètres et demi, faite le 2 février 1886.

Le 28 avril 1888, l'auteur introduit sous la peau de deux lapins des fragments de cette esquille desséchée et précieusement conservée par la malade depuis deux ans et quelques mois. L'un de ces lapins fut dès le deuxième jour atteint de trismus et de contractures et périt, le cinquième, du tétanos confirmé. L'autre, celui qui est soumis à l'examen de la Société, présente les symptômes caractéristiques du tétanos inoculé, exagération de l'irritabilité réflexe, trismus, pleurosthotonos à concavité tournée du côté inoculé, contracture permanente de la région de l'extrémité antérieure droite (l'inoculation ayant été faite à l'épaule droite).

L. HASSLER.

VI. — Eiselsberg, après avoir exposé les travaux antérieurs, relate les résultats positifs et négatifs qu'il a obtenus en cultivant le microbe du tétanos fourni par le sang, la lymphe ou par de petits fragments cutanés provenant de blessés morts de tétanos, et en l'inoculant à des rats, des cochons d'Inde et des lapins. Les résultats n'offrent rien de particulier et ne font que corroborer les travaux qu'il a indiqués et résumés. L. HASSLER.

VII. — Ce travail comprend 286 observations de tétanos qui sont classées, par groupes étiologiques, de la façon suivante :

1° Dans un premier chapitre, Verneuil examine les professions qui semblent exposer plus particulièrement les blessés à contracter le tétanos. Dans cette série sont inscrits tous les tétaniques qui étaient par leur profession en contact habituel avec des chevaux, tels que charretiers, garçons de ferme ou d'écurie, cultivateurs, fermiers, laboureurs, maréchaux ferrants, etc,... et aussi les artisans travaillant continuellement à la terre cultivée avec l'aide des engrais animaux et surtout du fumier de cheval, tels que jardiniers, maraîchers, terrassiers, etc. 130 observations appartiennent à ce premier groupe.

2° La seconde classe fournit aussi un contingent nombreux; elle comprend les sujets que leur profession ne met en rapport obligatoire ni avec les chevaux et les objets qui leur servent, ni avec leurs déjections ou le sol qui en est imprégné, mais qui par aventure et temporairement se trouvent exposés à ces contacts soit au moment où ils sont blessés, soit un peu avant ou un peu après; de plus, des sujets dont la profession n'est point indiquée, mais qui ont été soumis aux contacts en question. Verneuil a réuni 45 observations de ce genre.

3° La troisième classe renferme les cas de tétanos humain dans lesquels on peut saisir des rapports plus ou moins directs entre l'homme blessé et d'autres tétaniques équins ou humains. Une cinquantaine d'observations fournissent la preuve de la transmissibilité du tétanos du cheval à l'homme, de l'homme à l'homme et enfin de l'homme au cheval.

4° Dans le quatrième groupe, Verneuil range les sujets que non seulement leur profession n'exposait point aux contacts directs ou indirects avec le cheval, mais qui encore, au moment de leur blessure ou après, n'avaient subi à aucun degré ces contacts ni celui d'autres tétaniques actuellement ou précédemment atteints.

Dans ce groupe se trouvent par conséquent réunis un certain nombre de faits douteux, d'autres qu'on peut considérer comme négatifs, d'autres encore qu'un examen attentif doit faire rentrer dans les faits positifs.

Enfin, dans un dernier chapitre, Verneuil étudie la distribution géographique du tétanos humain et du tétanos équin, et montre la rareté de l'affection dans les villes, sa fréquence relative, au contraire, dans la campagne, et l'existence de véritables foyers endémiques en certains points; dans tous ces points, les renseignements des médecins concordent avec ceux des vétérinaires, et la fréquence de l'affection varie dans les mêmes régions chez l'homme et chez le cheval. C. WALTHER.

VIII. — Verneuil, à l'occasion de deux mémoires de Berger et Richelot, concernant le tétanos, examine la théorie infectieuse et invoque à son appui de nombreuses preuves, qu'il emprunte à la clinique, à l'expérimentation et aux études microbiologiques, et publie de nouvelles observations confirmatives de sa théorie.

A. Guérin, en acceptant que le tétanos est inoculable, ce qui paraît un fait incontestable, soutient que l'agent de l'infection au sujet duquel il y a doute et incertitude devrait être recherché au niveau des lésions limitées de la moelle, que l'on rencontre encore assez fréquemment. Il en cite quatre exemples avec détails; pour lui, le tétanos, qu'il ne croit pas une maladie infectieuse proprement dite, c'est-à-dire trans-

missible par l'air, serait dû à une myélite partielle aiguë, de nature septique.

Nocard, convaincu de l'inoculabilité du tétanos, après avoir rappelé le rôle indiscutable du froid dans beaucoup de cas et ce fait que le contage tétanique ne se rencontre pas plus dans les centres nerveux que dans le sang et dans les parenchymes, estime qu'il reste confiné au voisinage de la plaie, d'où procède la maladie; c'est un point important qui peut jeter quelque lumière sur certains faits cliniques restés obscurs jusqu'alors.

Le Blanc récuse un certain nombre d'observations présentées comme probantes par Verneuil pour édifier la théorie équine; puis il passe en revue les tentatives nombreuses faites pour provoquer l'apparition du tétanos chez les animaux. De cette étude et de l'examen des cas de tétanos développés en dehors de toute inoculation volontaire, il conclut qu'il est impossible d'admettre la contagiosité et l'infection; pour reconnaître cette dernière comme cause unique, il lui faut de nouvelles preuves.

Trasbot ne doute nullement, d'après ses expériences, que le tétanos ne puisse être inoculé; en faisant quelques réserves sur l'existence d'un tétanos essentiel et sur la maladie dite mal de cerf, il discute en quelques lignes l'étiologie de la maladie et les mécanismes suivant lesquels l'agent infectieux pénétrerait dans l'économie; suivant lui, les faits ne sont pas encore assez nombreux pour que l'on soit amené à invoquer toujours une plaie comme porte d'entrée, et à admettre les mécanismes.

D'après Le Blanc, l'origine équine ou bovine du tétanos n'est pas prouvée; si dans quelques cas son origine tellurique est probable, dans le plus grand nombre elle est fort contestable. La contagion par l'eau, par l'air et par les poussières n'est pas admissible, et l'on n'est pas très certain de la nature des germes (microbes ou ptomaïnes) considérés comme cause unique de cette maladie. L'influence de la prédisposition est indéniable et elle joue le rôle principal dans la genèse du tétanos. Expérimentalement, on en a démontré la nature infectieuse limitée; pratiquement, la contagion n'a pas été prouvée. Il n'y a aucune utilité à placer le tétanos au nombre des maladies contagieuses.

Nocard ne regarde comme un fait solidement établi que l'action tétanigène de la terre cultivée; l'origine équine ne lui semble qu'une hypothèse; de nouvelles études microbiologiques et expérimentales sont nécessaires pour juger la question. OZENNE.

IX. — Ricochon donne un résumé de 81 observations de tétanos, personnelles ou recueillies par ses confrères et vétérinaires, habitant la même région que lui. Il considère et classe ces observations et les divise ainsi : les cas à forme épidémique, les cas en séries et les cas isolés. De cette étude, faite au point de vue étiologique, il tire les conclusions suivantes :

Le tétanos est une maladie virulente, microbienne et contagieuse. La contagion peut se faire d'un malade à l'autre, soit par diffusion aérienne des germes virulents, soit par le transport de ces germes sur un corps fixe. Les espèces qui contractent et propagent la maladie sont, au premier rang, les solipèdes, puis l'homme et les ruminants.

Les germes déversés par les tétaniques dans les fumiers, dans le sol, les eaux, peuvent s'y conserver fort longtemps.

Aussi les plaies des doigts et des mains, celles des pieds exposent plus souvent au tétanos les ouvriers ruraux.

Les germes déversés dans le sol par les tétaniques peuvent créer de véritables épidémies dans certaines régions. Sous des influences cosmiques mal connues, ils peuvent lever du sol et donner lieu à des explosions épidémiques. OZENNE.

X. — Lecourt cite quatre observations de tétanos chez l'homme dont l'origine ne semble pas douteuse. Ces faits corroborent la théorie de Verneuil à propos de l'origine équine du tétanos humain. P. L.

XI. — Observations contre l'opinion de l'origine équine :

Il s'agit d'un mécanicien, à bord d'un navire cuirassé, blessé quatre jours après le départ (à 200 lieues de la côte). Amputation du poignet. Seize jours plus tard, tétanos, guérison.

Depuis le départ, le blessé n'avait pas quitté le bord, et on n'avait jamais embarqué de cheval ou d'objet de cavalerie. A. C.

XII. — L'inoculation des tissus du fond de la plaie d'un cheval mort de tétanos, faite à 2 cobayes et 2 lapins, a déterminé le tétanos. 1 lapin inoculé à l'oreille fut sauvé par la section de l'oreille, aussitôt qu'apparurent les phénomènes de contracture.

L'inoculation des tissus de la plaie d'un de ces cobayes a déterminé le tétanos chez 2 lapins ; le premier mourut en 2 jours ; le second fut sauvé par le curage de la plaie et le pansement au sublimé.

Enfin, des échantillons de terre furent recueillis chez un propriétaire qui avait eu des accidents tétaniques dans ses écuries. Guelpa prit de la terre d'un champ, de la terre des murs, de la poussière de foin du grenier ; inoculations négatives ; au contraire, avec la terre de la cour et des écuries, les inoculations amenèrent le tétanos. A. C.

XIII. — Les nerfs périphériques des sujets morts de tétanos traumatique ne sont pas toujours altérés. Les filets nerveux partant de la plaie initiale sont quelquefois le siège de lésions appréciables ; mais d'autres fois ils sont remarquablement sains. Quand des lésions existent, rien ne prouve qu'elles puissent être la cause du tétanos ; quand elles n'existent pas, on ne saurait logiquement en faire la base d'une interprétation pathogénique. En conséquence, il y a lieu d'abandonner la théorie névritique du tétanos traumatique. Les auteurs citent trois observations à l'appui de leur dire. PAUL LOYE.

XIV. — Un enfant de 10 jours, né dans l'île du Frioul (Marseille), est atteint de tétanos et meurt le 20e jour. Il avait un peu de pus sous la cicatrice ombilicale. Théorie équine : L'habitation où est né l'enfant est à 150 pas d'une écurie où se trouvaient des chevaux provenant d'une caserne d'artillerie dans laquelle un cheval était mort du tétanos quelques jours avant leur départ ; de plus, la mère avait l'habitude d'étendre son linge au voisinage de l'écurie.

Théorie tellurique : D'autre part, peu de jours avant l'accouchement, la mère avait lavé les langes et le linge destiné à l'enfant dans une mare d'eau croupissante abandonnée depuis longtemps.

Les inoculations de la moelle de l'enfant à des cobayes n'ont pas donné de résultats. Celles faites avec une culture du pus ont donné des phénomènes tétaniques durant 2 jours et suivis de guérison. Deux cobayes inoculés avec de la vase provenant de la mare ont succombé au bout de

4 jours avec les symptômes du tétanos; le pus provenant de cette inoculation a donné par la culture des bacilles fins à spores terminales renflées, et ces cultures ont aussi donné des résultats positifs. LEFLAIVE.

XV. — Le traitement du tétanos est une étude de toxicologie, dit l'auteur, car les symptômes relèvent de l'action toxique des ptomaïnes sécrétées par le microbe de Nicolaïer et isolées par Brieger.

La maladie dure le temps que dure la production des poisons : trois à quatre semaines; il faut faire vivre le malade jusque-là en modérant l'exaltation du système nerveux.

Trois médicaments concourent à ce résultat : le chloroforme, la fève de Calabar, les bromures.

Le chloroforme doit être donné jusqu'à résolution complète; on administre alors de suite la fève de Calabar ou les bromures. On maintient la chloroformisation 20 à 30 minutes pour assurer l'absorption du nouvel agent.

La fève doit être prescrite sous forme d'extrait solide ou de salicylate d'ésérine. L'auteur emploie l'extrait solide et donne de 1/15 à 1/5 de grain. En 15 minutes le relâchement musculaire commence. Il faut souvent recommencer : toutes les 2 heures. L'effet toxique peut se montrer tout à coup, il est annoncé souvent par la diarrhée. Un malade se plaint tout d'un coup d'être aveugle et de ne plus pouvoir respirer. Il avait pris en 11 jours 500 grains, et dans les 24 premières heures, 104 grains du médicament. F. DUFLOCQ.

Pronostic et traitement des anévrismes artério-veineux externes, par Pierre DELBET (*Thèse de Paris*, n° 151, 1889).

Le pronostic des anévrismes artério-veineux, considéré comme bénin par les auteurs qui comparaient la gravité d'une intervention à la bénignité relative de l'évolution spontanée de l'affection, doit être étudié à un nouveau point de vue depuis qu'il est acquis en chirurgie que l'on opère non plus seulement pour parer à des accidents pressants, mais pour éviter aussi ceux qui peuvent survenir. Les anévrismes artériels veineux entraînent des inconvénients sérieux, exposent à des accidents graves. Il ne faut pas attendre ces accidents pour opérer; au lieu d'une opération soigneusement préparée, tranquillement exécutée, on serait alors entraîné à faire une opération d'urgence, dont la gravité est toujours plus considérable.

C'est la constatation d'une augmentation progressive du volume de l'anévrisme qui détermine le chirurgien à intervenir rapidement plutôt que de temporiser.

Après avoir examiné les diverses méthodes dirigées contre les anévrismes artério-veineux, injections coagulantes, galvano-puncture, etc., l'auteur pose les règles suivantes : on devra tenter la compression avec prudence seulement dans les cas récents, mais sans y insister. La compression digitale à la fois directe et indirecte constitue le meilleur procédé. Après échec de la compression on devra faire la quadruple ligature dans les cas où il n'y a pas de sac et dans ceux où le sac est très petit. Enfin, dès que le sac a un certain volume, il faut l'extirper. La simple incision du sac doit être abandonnée.

L'étude des anévrismes artério-veineux en particulier forme la 2e partie de ce travail important.

Dans les anévrismes artério-veineux de la jambe et du pied, la compression est contre-indiquée, ses résultats seraient certainement compromis par les nombreuses voies anastomotiques qui s'y rencontrent. D'emblée il faudra opérer et faire l'extirpation du sac.

Les 22 faits d'anévrismes artério-veineux du creux poplité démontrent à un tel point l'impuissance de la compression, que celle-ci ne doit pas même être tentée. La ligature à distance doit être absolument proscrite. Si l'opération est indiquée, il faut inciser dans le creux poplité, mettre la tumeur à nu et chercher les deux pédicules. Si les ligatures du bout supérieur et du bout inférieur sont éloignées de plusieurs centimètres, il faut extirper la poche en la détachant par une de ses extrémités où l'on a sectionné les vaisseaux, et en la renversant soit de haut en bas, soit de bas en haut.

D'après l'examen de 34 faits d'anévrismes artério-veineux de la fémorale superficielle, il résulte qu'on est autorisé, dans les cas récents, à tenter la compression directe jointe à la compression indirecte ; mais que, si elle échoue, il faut faire la quadruple ligature et extirper le sac. L'opération est peu difficile généralement.

A la racine de la cuisse, 26 faits rassemblés démontrent que la seule opération efficace est la quadruple ligature avec ou sans extirpation du sac, opération grave qui expose à la gangrène, mais qui est encore à préférer parce qu'elle est la seule efficace.

Il n'existe que 3 cas d'anévrismes artério-veineux de l'iliaque interne; peut-être pourrait-on tenter, si l'indication opératoire était formelle, de lier au-dessus et au-dessous du sac.

Les anévrismes artério-veineux du pli du coude sont de beaucoup les plus fréquents (96 cas); ils sont parfois justiciables de la compression, surtout lorsqu'ils n'ont pas plus de deux à trois mois d'existence, et qu'une intervention n'est pas pressante; mais dans les cas anciens, ou dans les cas récents, après échec de la compression, il faut faire la quadruple ligature. Si le volume du sac dépasse celui d'une grosse noix, il est indiqué de les extirper.

Dans le creux de l'aisselle, les anévrismes artério-veineux doivent être traités le plus rapidement possible. Sur 8 cas, 6 furent traités; dans 3 cas la compression a donné 3 insuccès; dans 1 cas, même résultat avec la galvano-puncture. La ligature de la sous-clavière détermina la mort par hémorragie. Enfin Bergmann guérit le seul cas où on ait fait l'extirpation. Ici plus qu'ailleurs l'incision du sac est mauvaise; c'est la dissection et l'extirpation qu'il faut faire.

Sur les 19 cas relevés d'anévrismes artério-veineux de la carotide et de la jugulaire, il n'existe qu'un seul cas de guérison dû à la compression. Quatre autres malades ont été traités, tous les quatre par la ligature du bout central de la carotide; deux sont morts, deux ont survécu, mais aucun anévrisme n'a guéri. Après avoir montré que la ligature dans ces cas est une mauvaise opération, la statistique n'autorise pas à désespérer d'autre méthode non encore employée comme l'extirpation après dissection du sac.

D'après l'examen de 11 cas d'anévrismes temporaux, on peut conclure qu'il faut d'emblée avoir recours à l'extirpation du sac. F. VERCHÈRE.

Bericht über weitere 250 Kropfexstirpationen (Compte rendu de 250 nouvelles ablations de goitre), par Theodor KOCHER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 1, p. 1, et n° 2, p. 34, 1er et 15 janvier* 1889).

Les 58 premières thyroïdectomies de Kocher, publiées en 1882, lui ont donné une mortalité de 14,8 0/0, les 43 suivantes, publiées en 1884, une mortalité de 6,9 0/0.

Les 250 nouvelles opérations qu'il a pratiquées dès lors n'ont fourni que 6 décès, soit une mortalité de 2,4 0/0.

On compte, parmi ces 250 thyroïdectomies, 20 goitres malins avec 3 décès, soit une mortalité de 15 0/0.

D'après les statistiques antérieures, cette mortalité opératoire pour goitres malins était de 61,9 0/0 en 1882, et de 57,1 0/0 en 1883. Elle s'est donc considérablement abaissée, ce qui tient à la fois au perfectionnement du manuel opératoire et à l'intervention moins tardive.

En défalquant les 20 opérations pour goitres malins, la mortalité des 230 autres thyroïdectomies tombe à 1,3 0/0.

Si l'on en distrait encore 5 opérations pour goitres exophtalmiques, qui ont fourni une mort subite, il reste 225 thyroïdectomies avec une mortalité de 0,8 0/0.

Il faut même ajouter que les deux seules morts restantes ne peuvent guère être portées au passif de la thyroïdectomie, car l'une est un empoisonnement par l'éthylène, tandis que l'autre malade a été opéré mourant et déjà sans connaissance. Kocher se croit donc autorisé à dire que l'ablation d'un goitre, pourvu qu'il ne s'agisse ni d'une tumeur maligne, ni d'une maladie de Basedow, est devenue une opération complètement inoffensive, quels que soient d'ailleurs le volume de la tumeur et l'âge du malade.

Kocher résume ainsi les indications des diverses méthodes opératoires, étant bien entendu qu'on ne doit jamais faire une ablation totale du corps thyroïde.

A) L'*extirpation* est indiquée : 1° pour les goitres malins ; 2° pour les goitres enflammés, sauf exception pour les kystiques ; 3° pour les hypertrophies diffuses du corps thyroïde.

L'extirpation est contre-indiquée quand l'autre moitié de la glande est entièrement malade.

B) L'*énucléation* est indiquée : 1° pour les goitres kystiques, de quelque nature qu'ils soient ; 2° pour les noyaux isolés, lorsqu'ils sont à la fois suffisamment consistants et assez lâchement implantés pour pouvoir être énucléés facilement avec des instruments mousses et sans crainte d'hémorragie ; 3° pour les gros noyaux de goitres non mobiles.

C) L'*évidement* est indiqué : 1° pour les noyaux de consistance molle, isolés au sein d'un tissu glandulaire relativement bien conservé ; 2° pour les noyaux volumineux de goitres non mobiles, quand ces noyaux ont une consistance molle et de nombreuses connexions vasculaires. Dans ces cas, l'évidement offre l'avantage de la rapidité d'exécution.

D) La *résection* est indiquée dans les cas où les 3 opérations précédentes offrent quelque désavantage. Seule, elle dispense de s'inquiéter du plus ou moins d'intégrité de l'autre moitié de la glande et de la pénible dissection du nerf récurrent. Elle s'exécute indifféremment sur des noyaux vasculaires ou non, mous ou durs, implantés lâchement ou, au contraire, solidement adhérents.

En pratiquant la résection suivant le procédé de Kocher, on réunit les avantages de l'extirpation à ceux de l'énucléation. Elle n'a pas de contre-indications absolues.

E) La *ligature des artères thyroïdiennes* est indiquée : 1° pour les goitres vasculaires; 2° pour les goitres exophtalmiques; tantôt c'est une opération curative, tantôt une opération préparatoire. J. B.

I. — Sur le traitement du goitre par les injections interstitielles de teinture d'iode, par J. PUECH (*Thèse de Paris*, 1888).

II. — De la thyroïdectomie, par H. CHRÉTIEN (*Thèse de Paris*, n° 326, 1888).

III. — Note sur deux cas de cancer thyroïde à forme subaiguë, par E. ROLLET (*Gaz. méd. de Paris*, 19 *mai* 1888).

I. — Puech a rassemblé 104 observations, dont plusieurs inédites, qui donnent les résultats suivants :

1° *Goitres parenchymateux*, 86 cas : 59 guéris après 1, 2, 6 et jusqu'à 40 injections pour un cas.

29 améliorés, 3 récidives, 2 insuccès, 1 seul cas avec suppuration.

2° *Goitres kystiques*, 18 cas : 6 guérisons, 3 améliorations, 2 insuccès, 1 cas de suppuration après la trentième injection. A. C.

II. — L'auteur fait l'historique de la question, et, à la fin de son travail, on trouve une bibliographie étendue et complète.

Voici quelles sont les conclusions de cette étude résumant tous les travaux publiés jusqu'à nos jours sur la thyroïdectomie.

Tandis que l'extirpation totale doit être réservée à peu près exclusivement aux tumeurs malignes, les hypertrophies partielles, les kystes, les goitres adénomateux circonscrits relèvent de l'extirpation incomplète et de l'énucléation intraglandulaire.

Outre les accidents communs à toutes les plaies, la thyroïdectomie est suivie quelquefois de modifications de la voix plus ou moins durables. Elle se complique également, surtout chez la femme, de tétanie, d'hystérie et de troubles cérébraux.

Les tumeurs qui se développent aux dépens des glandes thyroïdes accessoires sont naturellement justiciables de l'extirpation totale. Leur ablation ne présente de difficultés que dans quelques cas rares d'ectopie intratrachéale.

Les dangers opératoires sont bien moindres qu'autrefois, et l'opération, à ce point de vue, donne d'excellents résultats.

Depuis les travaux de Reverdin, 1882, sur le myxœdème, l'extirpation totale n'est plus permise physiologiquement. On n'est plus autorisé à faire que l'extirpation partielle ou l'énucléation. F. VERCHÈRE.

III. — Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un homme de 35 ans, sans antécédents héréditaires, qui, porteur d'un léger goitre depuis son enfance, est atteint rapidement d'oppression intense et d'accroissement de la tumeur goitreuse. Pour remédier à l'asphyxie, qui met le malade en danger, on tente

l'ablation du lobe médian, assez mobile, de la tumeur. Pendant qu'on l'extirpe, on rupture une poche, qui donne issue à de la matière molle et diffluente, et l'on est forcé de pratiquer la crico-trachéotomie. Quelques jours plus tard, de nouveaux accès de suffocation apparaissent et emportent le malade.

L'autopsie montre que la tumeur est de nature cancéreuse.

Le second cas concerne un homme de 42 ans qui avait constaté, il y a 15 ans, en avant de la trachée, au niveau et au-dessus de la fourchette sternale, l'existence d'une petite tumeur qui a augmenté graduellement.

Depuis peu, elle s'est accrue très rapidement et occupe toute la région antérieure du cou. Son lobe médian s'engage derrière la fourchette du sternum. Des accès de suffocation s'étant montrés intenses, on pratique l'ablation de la tumeur avec trachéotomie et sous anesthésie, comme dans le cas précédent. Mort le lendemain de syncope. L'examen histologique révèle que l'on avait affaire à un cancer du corps thyroïde. OZENNE.

Die künstliche Blutleere bei Auschälung von Kropfknoten (Moyen d'obtenir l'ischémie dans l'énucléation intra-glandulaire des goitres), par BOSE (*Cent. f. Chir.*, *n°* 7, *p.* 1, 1889).

L'énucléation intra-glandulaire se fait d'ordinaire sans hémorragie notable. Mais parfois il en est tout autrement. L'auteur a imaginé le procédé suivant pour obtenir l'ischémie au cours de l'opération. La glande étant mise à nu, on refoule avec les doigts le tissu conjonctif lâche qui l'entoure. L'un des lobes latéraux étant ainsi libéré, on peut le soulever et l'attirer en avant, de telle façon que la plus grande partie de la tumeur soit située hors de la plaie. Si on la tient pendant quelque temps dans cette position, elle se vide de sang. Alors on roule autour de la tumeur, au ras de la peau, un tube élastique dont on fixe les deux extrémités dans les mors d'une pince à forcipressure. On peut alors opérer à blanc. Il suffit que le lien élastique soit placé un peu en arrière du plus grand diamètre de la tumeur. Dès que les parties saines de la glande sont incisées, les noyaux dégénérés sont expulsés au dehors par la pression élastique, et il se fait une sorte de pédicule. L'auteur a employé trois fois ce procédé. L'hémorragie, après l'ablation du lien élastique, n'a jamais été considérable. Une seule fois il a fallu lier une artère. Dans aucun des trois cas, le tamponnement n'a été nécessaire. PIERRE DELBET.

Ueber eine neue Methode der Wangenplastik (Autoplastie de la joue), par KRASKE (*Cent. f. Chir.*, *n°* 48, *p.* 889, 1888).

Kraske recommande un procédé beaucoup plus simple que ceux d'Israël et de Hahn. Il consiste tout simplement à prendre un lambeau du voisinage immédiat du trou à combler. Ce lambeau est retourné la face épidermique en dedans et suturé dans cette position. Ensuite la plaie d'emprunt et la face cruentée du lambeau sont traitées au moyen de transplantation par le procédé de Thiersch. Kraske a employé deux fois cette manière de faire. Le résultat esthétique et fonctionnel a été excellent. PIERRE DELBET.

Zur operativen Behandlung des Lymphangioma Colli cysticum congenitum, par STORCH (*Deutsche med. Woch.*, *n° 42*, *p.* 852, 1888).

Fille de 21 jours, nourrie par sa mère, portant au côté gauche du cou une tumeur grosse comme le poing, ovoïde, atteignant en avant le larynx, en haut la mâchoire, en bas la clavicule, en arrière les apophyses épineuses ; elle est élastique ; ponctionnée, elle fournit un liquide jaune clair, coagulable par le froid.

Incision transversale de la peau le 21 février. Dissection de la tumeur, qui adhère intimement aux gros vaisseaux ; on est forcé de mettre ceux-ci à nu, spécialement la veine jugulaire interne. Le kyste a un prolongement qui s'engage dans le thorax sous forme de pédicule ; on le lie. Suture, drainage, pansement à la tourbe et à la gaze iodoformée. Pas de fièvre. Le 28 février, on change le pansement, on enlève le drain. Le 4 mars, ablation des sutures ; la plaie est guérie par première intention.

La tumeur est formée de cavités multiples, de dimensions variables, communiquant les unes avec les autres, à parois lisses. Les parois sont constituées par du tissu fibro-élastique avec de nombreuses fibres musculaires lisses et recouvertes d'endothélium. Le kyste s'est certainement développé aux dépens des tuniques des gros vaisseaux du cou. L. GALLIARD.

Ueber Oberkieferresektion mit möglichst geringer Weichtheilverletzung (Résection du maxillaire supérieur avec le moins de dégât possible des parties molles), par HEUSNER (*Cent. f. Chir.*, *n° 47*, *p.* 873, 1888).

Voici la description de l'opération. On fait d'abord une incision au niveau du bord inférieur de l'orbite, autant que possible dans le pli cutané qui existe en ce point. Cette incision ne doit guère être plus grande que celle qu'on emploie pour la résection du nerf sous-orbitaire. Le second temps de l'opération consiste à libérer avec le maillet le nerf et l'artère sous-orbitaire, qui ne doivent pas être blessés. Le troisième temps est consacré à détacher les parties molles. Dans le quatrième et dernier, on divise les os. On fait d'abord une sorte de section sous-cutanée de la branche montante du maxillaire, au moyen d'une scie à chaîne passée dans le nez à travers l'ethmoïde. Pour sectionner ensuite le malaire, la scie à chaîne est engagée comme d'habitude dans l'angle externe de la fente sphéno-maxillaire ; mais on la ramène sur la brèche. La voûte palatine est coupée comme dans les autres procédés opératoires. Alors, le maxillaire est luxé et extirpé par la bouche. Heusner a employé son procédé une fois sur le vivant. Le résultat opératoire a été satisfaisant. PIERRE DELBET.

Pathogénie du bec-de-lièvre, par von BERGMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 49*, *p.* 999, 3 *décembre* 1888).

Sur les 34 cas de fistule congénitale oblique de la face réunis par Morian (*R. S. M.*, XXX, 455), il s'en trouvait 27 où il existait simultanément des vestiges de brides amniotiques, capables d'expliquer la non-réunion des parties limitant la fissure. D'autre part, von Bergmann vient d'observer deux enfants qui, en même temps qu'un bec-de-lièvre double, présentaient une amputation spontanée des doigts des deux mains. La coexistence de ces lésions rend vraisemblable l'idée que le bec-de-lièvre résulte de l'adhérence ou de la situation de la bride amniotique qui a déterminé l'amputation intra-utérine.

Un troisième enfant est atteint également d'un bec-de-lièvre double offrant symétriquement de chaque côté de la ligne médiane un lobule cutané qui présente à sa base un étranglement cicatriciel linéaire. Bergmann est disposé à y voir les appendices cutanés qui peuvent se former dans les premiers temps de la vie fœtale, au niveau du point d'insertion de brides amniotiques détachées de bonne heure. J. B.

I. — Three cases of peritonitis, par Norman MOORE (*St Barth. hosp. Rep., XXIV, p.* 149).

II. — The treatment of tubercular peritonitis by abdominal section, par O'CALLAGHAM (*Brit. med. j., p.* 596, *mars* 1889).

III. — Tubercular peritonitis cured by operation, par H. WALKER (*Ibidem, p.* 136, *janvier* 1889).

IV. — Suppurative peritonitis treated by laparotomy, par KEETLEY (*Ibidem, p.* 1050, *novembre* 1888).

I. — De l'analyse de 3 cas de péritonite, dont l'un survenu au cours d'une fièvre typhoïde par le fait d'une obstruction intestinale due à une bride iléo-cæcale, Moore tire les conséquences suivantes :

1° Toutes les fois qu'il existe des douleurs violentes ou une extrême tympanite, même en cas de doute d'épanchement abondant, il y a certitude de soulagement et d'amélioration notable en pratiquant une incision abdominale exploratrice.

2° Dans les péritonites aiguës avec épanchement, la ponction rend infiniment plus de services que l'usage du calomel et des purgatifs : elle indique d'ailleurs la nature du liquide et la convenance de faire la laparotomie.

3° Quand, dans le cours d'une fièvre typhoïde, vers la 4e semaine se déclarent des signes de péritonite, il y a intérêt à ouvrir le péritoine au voisinage de la valvule iléo-cæcale et à y faire de larges lavages.

II. — Garçon de 15 ans, amaigri, ayant de la tympanite et de l'ascite, des vomissements répétés, des douleurs abdominales, avec tous les symptômes d'une péritonite tuberculeuse. Incision exploratrice. On trouve la cavité abdominale remplie de liquide louche, laiteux, et le péritoine couvert de granulations tuberculeuses miliaires. Lavage à grande eau avec de l'eau bouillie tiède, et massage de l'abdomen jusqu'à ce que le liquide ressorte limpide. Amélioration considérable et immédiate. Le malade est montré dix mois après à la Société de Dublin, en pleine santé, travaillant et pouvant être considéré comme guéri.

Dans le cours de la discussion, Kendal Franck rapporte un fait du même genre où la vérification bacillaire a été faite, et où le malade eut une survie de 4 ans après son opération. Il y eut récidive de péritonite tuberculeuse et généralisation aux poumons.

III. — Dans le cas de Walker, il s'agit d'un enfant de 2 ans 1/2 qui depuis près d'un an souffrait d'une fistule ombilicale accompagnée des symptômes habituels de la péritonite tuberculeuse. On fit la laparotomie : il s'échappa beaucoup de sérosité louche, et l'on vit distinctement le péritoine couvert de granulations. Lavage du ventre, guérison. Dans la discussion, Mac-Gill, Chadwick, Knaggs, Bampton, font connaître des succès analogues.

IV. — Keetley rapporte 2 cas de péritonite généralisée chez des enfants, avec traitement par laparotomie et lavage du péritoine à l'eau boriquée

chaude. Le 1er, suivi de mort, était dû à une perforation de l'appendice iléo-cæcal. Le 2e guérit : il s'agissait d'un enfant qui avait eu la scarlatine et avait reçu un coup quelques semaines après. Lavage au sublimé, puis à l'eau bouillie, et drainage de la poche de Douglas. Guérison en 2 mois. H. R.

I. — L'incision en deux temps des kystes hydatiques du foie, par HEYDENREICH (*Revue médicale de l'Est*, n° 6, *p.* 1889).

II. — Des kystes hydatiques supérieurs du foie, par Eug. BŒCKEL (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 8 *février* 1889).

I. — Dans un premier temps, on incise les diverses couches de la paroi abdominale, y compris le péritoine ; il se forme des adhérences entre celui-ci et le kyste, et quand elles sont solides on incise le kyste. L'incision en un temps est dangereuse, parce que le tissu du kyste et celui du foie étant friables, il y a danger de rupture des sutures. Le procédé en deux temps est applicable aux kystes de la face supérieure (Israël, Owen). On ouvre la cavité pleurale en réséquant une côte, on tamponne avec de la gaze iodoformée ; huit jours après on incise le kyste. Sur 22 cas ainsi opérés, on compte 21 guérisons, soit une mortalité de 45 0/0 ; sur 38 cas opérés en un temps, on compte 6 morts (Poulet), soit 15,7 0/0. LEFLAIVE.

II. — Comme exemple de cette variété rare de kystes hydatiques du foie, Bœckel cite le cas suivant, qui serait le 7e connu de ce genre :

Femme de 48 ans, chez laquelle on constate, en août 1888, après plusieurs mois d'accidents fébriles, les symptômes suivants : La malade est pâle et très amaigrie ; le côté droit du thorax est dilaté ; en arrière il est mat jusqu'à l'épine de l'omoplate ; souffle lointain en bas ; absence de vibrations. En avant, la matité très compacte part de la 3e côte et se confond avec celle du foie, qui descend très bas dans le ventre. Son bord inférieur part du milieu des fausses côtes gauches, passe à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et descend jusque près de la crête iliaque droite. Le foie est ferme, presque dur et peu douloureux à la pression : teint jaunâtre ; urine non foncée ; selles décolorées. Une ponction faite en juillet avec la seringue de Pravaz avait ramené de la sérosité et des flocons de pus épais.

Le 15 août, incision de 10 centimètres sur le milieu de la 7e côte, qui est partiellement réséquée : la plèvre, déchirée vers l'angle postérieur de la plaie, laisse écouler deux litres de sérosité citrine, transparente, et l'on aperçoit dans les trois quarts antérieurs de la plaie le foie recouvert par le diaphragme et remontant jusqu'au niveau de la 3e côte ; une ponction de l'organe avec une seringue de Pravaz décèle dans son intérieur la présence du pus. Après avoir bien nettoyé la plaie et fermé son ouverture avec des sutures perdues au catgut, Bœckel plonge un bistouri dans le foie à travers le diaphragme ; il en jaillit un flot de pus à plus d'un mètre de distance. L'incision agrandie, il en sort deux litres de pus, mêlé de centaines de vésicules d'échinocoques ; cicatrisation complète le 1er octobre ; le foie a repris ses dimensions normales, et le bruit respiratoire son siège normal.

Bœckel, après avoir signalé la confusion possible de ces kystes avec un épanchement pleurétique, l'insuffisance de la ponction exploratrice, qui ne laisse pas passer les vésicules hydatiques, estime que le diagnostic ne peut être éclairé qu'au moyen d'un trocart aspirateur assez gros. Comme traitement, il conseille d'ouvrir ces kystes en enlevant un morceau de la 7e côte, aussi en avant que possible pour ne traverser ni la plèvre ni le péritoine. OZENNE.

Nochmals die einzeitige Cholecystenterostomie, par O. KAPPELER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 4, p.* 97, 15 *février* 1889).

Voici la fin de l'observation publiée (*R. S. M.*, XXXI, 323).

Au bout de 6 semaines, l'homme reprenait son travail, ayant augmenté de 11 kilos en poids.

Sept mois après l'opération, douleurs épigastriques avec irradiation dorsale survenant surtout après les repas. Deux mois plus tard, vomissements qui deviennent de plus en plus fréquents, puis diarrhée et amaigrissement considérable. Gastrectasie énorme. En juillet 1888, on constate la présence d'une tumeur accolée au rachis et placée à mi-distance entre le rebord costal droit et le nombril. Mort dans le marasme, le 23 septembre, sans ictère ni décoloration des selles, 14 mois 1/2 après l'opération. Autopsie; squirrhe de la tête du pancréas, gros comme un œuf d'oie (la présence de la tumeur avait été déjà constatée lors de l'opération). Cette tumeur, qui a détruit l'orifice intestinal du canal de Wirsung, comprime le canal cholédoque et le duodénum à l'union de ses portions moyenne et inférieure. Dilatation colossale de l'estomac et de la première portion du duodénum; affaissement complet de la dernière portion de cet intestin.

Des brides de tissu conjonctif relient à la paroi abdominale antérieure la vésicule biliaire étirée en tube et l'anse d'intestin grêle avec laquelle on l'a abouchée. La fistule entéro-cholécystique se trouve à 2m,26 au-dessus de la valvule iléo-cæcale; l'intestin grêle a une longueur totale de 6m,70.

En aval de la fistule, le contenu intestinal est teint par la bile; en amont, on n'y voit qu'un magma plâtreux. L'écoulement des liquides s'effectue parfaitement de la vésicule biliaire vers le bas de l'intestin et point en sens inverse.

Le canal cholédoque a le quadruple de son calibre normal jusqu'à son entrée dans le pancréas. Le conduit hépatique ainsi que tous ses rameaux intra-hépatiques sont très dilatés.

Pas d'autre métastase cancéreuse que quelques gros ganglions rétro-péritonéaux. Œdème pulmonaire. Pas d'autres lésions viscérales notables (*R. S. M.*, XXXIII, 635). J. B.

I. — Ueber einen Fall von operativ geheilten Milzabscess (Guérison d'un abcès de la rate), par G. KRIEGER (*Deutsche med. Woch., n°* 39, *p.* 793, 1888).

II. — Zwei Fälle von Echinococcus der Milz (Deux cas de kyste hydatique de la rate), par FEHLEISEN (*Deutsche med. Woch., n°* 49, *p.* 1003, 1888).

III. — Ein Fall von glücklicher Milzexstirpation (Splénectomie guérie), par Theodor KOCHER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 21, *p.* 649, 1er *novembre* 1888).

I. — Un tailleur de 39 ans entre, le 21 mars 1887, à l'hôpital avec le diagnostic : constipation, péritonite circonscrite. Il a souffert pendant six mois de douleurs vives à l'hypochondre gauche et son aspect cachectique fait songer au cancer de l'estomac; mais on trouve une tumeur qui paraît dépendre soit du lobe gauche du foie, soit de la rate, et qui peut être un kyste hydatique.

La ponction fournit 3 centimètres cubes de liquide séro-sanguinolent contenant des globules de pus et des cristaux, mais pas de crochets.

Le 25 mars, incision de 12 centimètres sur la ligne mamelonnaire, comprenant le péritoine. Elle découvre la rate, qui est énorme et présente en haut une partie fluctuante; on ponctionne, et, après l'issue de 150 grammes du liquide indiqué, on incise la paroi d'une poche qui pourrait admettre le poing, à parois nécrosées. Tamponnement à la gaze iodoformée. Réaction modérée.

Au bout de trois semaines, issue d'une petite escarre. La guérison n'est complète qu'au bout de trois mois.

La cause de cet abcès splénique échappe. L. GALLIARD.

II. — Dans le premier de ces cas, Bergmann a pratiqué la splénectomie.

1° Femme de 38 ans portant une tumeur grosse comme une tête d'adulte, qu'on a considérée comme un kyste ovarique gauche; elle est très mobile, fournit à la ponction un liquide tricolore, et comme elle est indépendante des organes génitaux, Bergmann diagnostique : kyste hydatique dans une rate flottante.

Bergmann pratique l'extirpation de la rate le 5 novembre 1886; la tumeur adhère à l'intestin et à l'épiploon. La rate, en dehors de la production kystique, n'est ni atrophiée, ni dégénérée.

Guérison rapide malgré une pleurésie survenue pendant la convalescence. Pas de modification du sang avant ni après l'opération; plusieurs analyses ont été faites.

2° Tumeur splénique grosse comme une orange, fluctuante et fournissant le frémissement hydatique, chez un garçon de onze ans. On constate en outre du frottement périsplénique. Le diagnostic de kyste hydatique est confirmé par la ponction.

Le malade est observé pendant six semaines; on constate que la tumeur augmente de volume. Pendant ce temps, la périsplénite disparaît, le frottement n'est plus perceptible. Au contraire, le frémissement persiste.

Le 25 février 1888, Fehleisen ouvre la paroi abdominale, constate qu'il n'y a pas d'adhérences du kyste malgré la périsplénite antécédente, et l'ayant mis à nu, le fixe par des sutures aux bords de la plaie. Le 29 février, incision du kyste, évacuation de nombreuses hydatides. Guérison. Au bout de cinq semaines, l'opéré quitte la clinique avec une fistule qui, depuis lors, s'est oblitérée. L. GALLIARD.

III. — C'est la première splénectomie pratiquée en Suisse. Femme de 51 ans ayant tout le côté gauche du ventre rempli par une tumeur nettement splénique. Opération le 30 juin. Incision de 25 centimètres sur la ligne médiane, à laquelle, pour arriver plus facilement au hile, Kocher en ajoute une transversale de 5 centimètres, faite à la hauteur du nombril à travers le grand droit abdominal gauche. Adhérences en éventail placées au niveau du diaphragme. Double suture continue, à la soie, des parois abdominales, l'une pour le péritoine et les aponévroses, l'autre pour la peau et le tissu sous-cutané. Pas de drains. Dès le 2 juillet, la réunion par première intention étant parfaite, on enlève toutes les sutures. Le 9, incision d'un hématome développé dans l'épaisseur des parois abdominales, au-dessous et à droite du nombril. Les urines contiennent, comme avant l'opération, un peu d'albumine. Le 17, on constate pour la première fois, à l'examen du sang, une augmentation notable des globules blancs. Les forces sont lentes à revenir. Anasarque des membres inférieurs et ascite. Le foie reste volumineux. Pas de développement du corps thyroïde. Peu de ganglions perceptibles.

La rate extirpée pèse 3,530 grammes; elle a une longueur de 33,5, une largeur de 19,5 et une épaisseur de 11 centimètres; sous le microscope, on ne distingue qu'une hyperplasie du tissu splénique. 3 mois après l'opération, les hydropisies persistent.

Kocher insiste sur la nécessité d'opérer seulement aseptiquement et d'éviter l'emploi d'antiseptiques capables d'ajouter leurs effets toxiques au choc opératoire résultant d'une opération longue, sanglante, ainsi que du trouble circulatoire occasionné par l'ablation d'un organe aussi volumineux.

Comme l'opéré de Credé (*R. S. M.*, XXV, 735), la malade de Kocher a

présenté, consécutivement à la splénectomie, une diminution du nombre des globules rouges et de l'hémoglobine et une augmentation des globules blancs de la petite variété. Des examens répétés ont montré que ces modifications du sang n'ont commencé qu'un certain temps après l'opération.

Malgré les résultats de l'examen microscopique, vu l'état général resté peu favorable, Kocher soupçonne qu'il s'agissait d'un lymphome malin (*R. S. M.*, 703 ; X, 274 et 275 ; XIII, 295 ; XV, 675 et 676 ; XXI, 696 ; XXII, 307 ; XXVI, 715 ; XXVII, 677 ; XXVIII, 281 ; XXX, 606 ; XXXI, 238 ; XXXII, 237, et XXXIII, 225). J. B.

Observations on intestinal surgery, par JESSETT (*Brit. med. j., p.* 590, *mars* 1889).

Mémoire relatif à des expériences faites sur les chiens en collaboration avec V. Horsley, et relatives à la gastro-entérostomie ainsi qu'à la jéjuno-entérostomie. Voici comment ils procèdent.

a) Une incision est faite à l'estomac et une autre au jéjunum, de façon à pouvoir se correspondre. Puis, on introduit dans l'intérieur des deux viscères des plaques d'os décalcifié, susceptibles de servir de soutien, et perforées à leur centre largement, ainsi qu'à la périphérie, pour permettre les sutures. Des fils de suture sont ainsi passés au travers des deux plaques osseuses et maintiennent strictement adhérents l'intestin et l'estomac, les nœuds des fils correspondant à la surface pénitonéale des deux viscères ; les organes ainsi suturés sont abandonnés dans l'abdomen et la plaie refermée. La même méthode opératoire est employée pour faire communiquer le jéjunum et l'iléon ou plusieurs anses d'intestin grêle ensemble (jéjuno-colotomie, iléo-colotomie). L'opération demande un quart d'heure à 20 minutes.

b) Méthode pour pratiquer l'entérorraphie circulaire, dans les cas de plaies intestinales ou de tumeurs malignes.

La partie malade de l'intestin étant enlevée, on prend une bande étroite de caoutchouc, exactement de la longueur de la circonférence au bout supérieur de l'anse divisée, et on la transforme en anneau au moyen de deux sutures de catgut. Cet anneau est introduit dans l'anse et fixé par une série de points de suture au catgut. Deux fils, armés à chacune de leurs extrémités d'une aiguille à suture, sont préparés. L'un d'eux est passé au travers de l'anneau de caoutchouc et, par suite, transperce toutes les tuniques de l'anse intestinale, et les aiguilles se trouvent placées de chaque côté de mésentère. Les aiguilles de l'autre fil sont passées à égale distance à travers l'anneau de caoutchouc, et les parois de l'intestin sur sa surface convexe. Cela fait, les aiguilles sont passées à travers la couche séreuse et musculeuse du bout inférieur de l'anse, à 2 centimètres environ du bout libre. Les fils sont tirés doucement, de façon à invaginer le bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur. On affronte ainsi les surfaces péritonéales ; après quoi on noue les fils étroitement et on abandonne l'intestin dans l'abdomen.

c) Le même procédé est applicable en cas d'iléo-colotomie.

Les résultats des opérations de Jessett ont été les suivants :

2 cas de gastro-entérostomie par affrontement de plaques osseuses ; 2 guérisons.

5 cas de jéjuno-iléostomie par le même procédé ; 5 guérisons.

1 cas de jéjuno-colotomie par implantation ; mort d'hémorragie secondaire.

7 cas d'entérorraphie par invagination ; 4 guérisons, 3 morts.

3 cas d'iléo-colotomie par implantation ; 3 guérisons. H. R.

I. — Ulcer of the pyloric orifice : hœmorrhage of the pancreatico-duodenal artery ; laparotomy ; autopsy, par W. GANNETT (*Boston med., journ. p.* 38, 10 *janvier* 1889).

II. — Magenresection... (Résection de l'estomac pour un ulcère), par CORDUA (*Soc. méd. de Hambourg*, 12 *juin* 1888).

III. — Operation einer Pylorusstenose, par A. KOEHLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 929, 12 *novembre* 1888).

IV. — Zur Gastroenterostomie, par F. FRITZSCHE (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 15, *p.* 457, 1er *août* 1888).

I. — Un homme de 57 ans souffrait depuis un an environ d'ulcère chronique de l'estomac : en juillet 1888, il eut, à trois reprises, des selles sanglantes, très abondantes, accompagnées de douleurs épigastriques violentes et d'affaiblissement considérable. Le 15 septembre, après avoir beaucoup souffert durant les trois jours précédents, il s'évanouit subitement, la peau pâle et froide, le pouls petit et rapide. Une demi-heure après, gastrorragie. Le 16, selle sanglante. Les deux jours suivants les vomissements sanglants persistant, on pratique la laparotomie.

On trouva le pylore épaissi, adhérent aux parties voisines, et on se borna à l'incision exploratrice.

Autopsie : ulcère de la paroi postérieure de l'orifice pylorique, avec double ulcération de l'artère pancréatico-duodénale. MAUBRAC.

II. — Une femme de 46 ans, souffrant de gastralgie depuis dix ans, porte depuis six années à l'hypochondre gauche une tumeur mobile qu'on considère comme secondaire, un ulcère de l'estomac ; on repousse l'hypothèse de cancer, bien que la patiente ait maigri de 40 livres.

L'ouverture de l'estomac par l'incision de Hacker montre la paroi antérieure indurée à la partie moyenne ; pas de noyaux cancéreux dans l'estomac ni dans les organes environnants.

Résection de la partie moyenne de l'estomac ; suture de Wölffler, toilette du péritoine, suture de la paroi abdominale. Le 7e jour, l'état de l'opérée est satisfaisant, bien qu'il y ait eu des vomissements les deux premiers jours.

On constate à la partie antérieure du segment réséqué un ulcère grand comme une pièce de 3 marks, à contours durs et épais. L. GALLIARD.

III. — Bardeleben vient de pratiquer avec succès l'opération imaginée par Heineke contre le rétrécissement du pylore, et qui, deux ans après Heineke, a été faite aussi par Mikulicz (*R. S. M.*, XXX, 600).

Il s'agit d'un homme de 35 ans qui avait avalé de l'acide chlorhydrique. En quelques semaines, son poids était tombé de 136 à 54 livres, lorsque, le 25 juillet dernier, Bardeleben lui fit la laparotomie avec l'intention d'opérer le rétrécissement suivant le résultat de l'exploration. Il ne constata rien d'anormal ni du côté de l'estomac ni de celui du duodénum et de la région pylorique elle-même. Le rétrécissement se trahissait parce qu'on ne pouvait introduire dans le pylore le doigt coiffé de la paroi gastrique ou de la duodénale.

Le point rétréci, ayant été fendu longitudinalement, se laisse facilement distendre. En écartant les deux lèvres en haut et en bas, il fut facile de transformer la plaie horizontale en plaie verticale, de sorte que l'anneau cicatriciel

ne constituait que la paroi postérieure, tandis que la paroi saine du duodénum et de l'estomac servit à former la paroi antérieure du nouveau canal.

Bardeleben appliqua une suture continue au catgut, transversalement à travers toute l'épaisseur des parois, et par-dessus des sutures de Lembert à la soie. Il réunit la plaie abdominale avec des sutures profondes à la soie et des sutures superficielles au catgut. Réunion par première intention. Deux mois et demi après cette opération, le malade n'a aucune souffrance, travaille comme auparavant et pèse 89 livres.

L'opération de Heineke, sorte d'anaplastie préférable quand les tissus voisins du rétrécissement sont intacts, a les avantages suivants : Simplicité, brièveté, innocuité relative, rétablissement des conditions normales. J. B.

IV. — 1er *cas*. Homme de 57 ans, sans hérédité cancéreuse, sujet, depuis de longues années, à des maux d'estomac passagers ; jamais d'hématémèse ; estomac très dilaté. Induration bosselée, grosse comme une noix au niveau du bord externe du muscle droit du côté droit de l'épigastre. Le suc gastrique contient de l'acide chlorhydrique. Violentes gastralgies qui s'apaisent quand le malade a rejeté ses aliments ou qu'on lui a fait un lavage stomacal.

Opération le 3 novembre 1887. Le pylore induré et hypertrophié, surtout en arrière, forme une tumeur grosse comme un œuf de poule, intimement adhérente au pancréas. Quelques ganglions volumineux dans le grand épiploon. Fritzsche, renonçant à faire la pylorectomie, pratique la gastro-entérostomie. Rapidement il trouve l'anse supérieure du jéjunum et choisit pour établir la fistule une portion d'intestin située à 50 centimètres au-dessous du duodénum. Les parois gastriques et intestinales sont incisées sur une longueur de 5 centimètres ; toutes les sutures sont faites au catgut. Guérison complètement apyrétique malgré un léger ictère et la rupture partielle des sutures pariétales survenue le 10e jour, à la suite d'un vomissement. Alimentation solide dès le 5e jour. A son départ l'opéré peut manger ce qu'il veut sans souffrir et se plaint seulement d'avoir sans cesse faim. Comme la parfaite santé persiste 8 mois après l'opération, Fritzsche est disposé à changer son diagnostic de cancer en celui d'ulcère de l'estomac.

2e *cas*. Femme de 37 ans, ayant eu des hématémèses et du mélena ; gastrectasie ; contenu stomacal renfermant, outre l'acide chlorhydrique, de l'acide butyrique. Douleurs d'estomac après le moindre repas, même liquide. Les lavages stomacaux soulagent la malade, mais doivent être interrompus à cause de nouveaux vomissements de sang. Malgré l'absence de tumeur appréciable, Fritzsche diagnostiqua un rétrécissement cicatriciel du pylore.

Opération le 24 février 1888. Le pylore forme une masse dure de 3 ou 4 centimètres de longueur et de 3 centimètres d'épaisseur, mobile de toutes parts. L'anse grêle, rapidement choisie à la façon de Wölfler est suturée à la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du pylore, mais en sens inverse du cas précédent, c'est-à-dire le bout afférent à gauche et le bout efférent à droite, dans le sens des mouvements péristaltiques normaux. Une partie des sutures est faite à la soie et, de même que dans le cas ci-dessus, la réunion des parois abdominales est malaisée à cause de la tension des grands droits. Guérison sans incidents ni fièvre, et réunion parfaite par première intention. Dès le jour de l'opération, les fonctions digestives sont redevenues parfaitement normales. Cette femme n'a même pas la sensation incessante de faim du premier opéré, où, dans l'hypothèse d'une affection cancéreuse, l'abouchement de l'intestin avait été placé loin du pylore. Malgré que ces deux gastro-entérostomies aient duré 3 heures et 3 heures 1/2, ni l'un ni l'autre des opérés n'eut de collapsus.

La gastro-entérectomie est à la fois plus simple et moins dangereuse que la pylorectomie. Vu la difficulté de reconnaître la nature du rétré-

cissement, elle doit être d'une façon générale l'opération de choix, qu'il s'agisse d'un rétrécissement cancéreux ou cicatriciel (*R. S. M.*, XXIII, 679, 682 à 684 ; XXVI, 232 ; XXVII, 666 à 671 ; XXVIII, 280 et 281 ; XXIX, 248, et XXX, 601 et 602. J. B.

Das Mastdarmcarcinom, seine operative Behandlung und Prognose, par KROENLEIN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 2, p. 47, 15 *janvier* 1889).

De 1881 à 1888, Kroenlein a traité 34 cas de cancer du rectum.

Etiologie.—Trois des malades appartenaient à des familles ayant présenté d'autres cancers (un cancer de l'estomac, un de la face, un du sein). L'un des opérés est un homme à qui Kroenlein a enlevé le rectum à l'âge de 70 ans, il y a déjà trois ans. Son fils, âgé de 40 ans, avait un cancer gastrique pour lequel, il y a six mois, Kroenlein lui a fait la résection du pylore ; le père et le fils sont actuellement en parfaite santé.

Un quatrième malade était un pédéraste ; chez un cinquième le cancer s'était développé au niveau d'ulcérations syphilitiques.

Vingt et une fois Kroenlein a pratiqué l'extirpation ou la résection du rectum, dix fois la colotomie ; chez les cinq autres malades, il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale. Des vingt et une extirpations, dix-neuf ont guéri. Les deux décès concernent un homme atteint de délirium tremens et une femme qui a succombé à la septicémie. Depuis que Kroenlein a soin de faire un traitement préparatoire durant huit à quinze jours, au moyen de purgatifs et lavements, il n'a plus eu de cas de septicémie.

Cinq fois le péritoine a été ouvert durant le cours de l'opération ; trois fois une partie de la prostate a été enlevée en même temps ; enfin une fois Kroenlein a pratiqué simultanément l'extirpation des ganglions inguinaux dégénérés des deux côtés et l'opération radicale d'une hernie crurale dont le sac adhérait aux ganglions de l'aine. Un opéré a eu une perforation par gangrène du col vésical qui se trouvait dans la plaie. Toutes ces opérations compliquées ont parfaitement guéri.

La colotomie iliaque a été faite d'urgence pour les dix cancers inopérables ; elle a prolongé parfois la vie d'un an ou deux.

Quant aux cinq cas n'ayant donné lieu à aucune intervention, deux fois il s'agissait de malades qui ont refusé l'extirpation, et dans les trois autres cas une opération radicale n'était plus possible, tandis que la colotomie ne paraissait pas indiquée, en l'absence de phénomènes d'occlusion. J. B.

I. — Traitement des hémorroïdes internes par la suture subintrante, par J. KIRIAC (*Archives roumaines de méd. et de chir.*, n° 6, p. 442, 1888).

II. — Remarks on Whitehead's operation for hœmorrhoids, par Robert WEIR (*N. York med. record*, p. 29, *juillet* 1888).

I. — Le procédé décrit par Kiriac consiste dans l'application à la base de la tumeur hémorroïdaire d'une série de ligatures passées avec l'aiguille de Reverdin, chacune de ces anses enserrant 1 centimètre environ du pédicule et empiétant sur la moitié du territoire de chaque ligature voisine. L'ensemble forme une couronne de sutures subintrantes

comprenant la totalité du pédicule de la tumeur. Section de la tumeur au ras des fils.

L'auteur rapporte trois observations dans lesquelles il a employé ce procédé avec succès. C. WALTHER.

II. — L'auteur donne les résultats de sa pratique. Cette opération consiste à faire sortir hors du sphincter les masses hémorroïdales, et à les diviser ensuite en quatre segments par des incisions faites dans l'axe de l'intestin. Chaque portion est alors saisie avec une pince ; on libère la masse à sa partie inférieure par une incision transversale ; puis, à coups de ciseaux, on remonte peu à peu dans la couche cellulaire jusqu'à une hauteur d'un pouce et demi. Chaque segment ainsi isolé ne tient plus en haut que par un pédicule de muqueuse saine, on le sectionne et on réunit par des points de suture le bord de la muqueuse à la peau de l'anus. L'auteur donne quatre cas de guérison en sept à dix jours par l'emploi de cette méthode. Il la simplifie en conseillant de se servir des ongles pour décoller la muqueuse du plan cellulaire sous-jacent ; il insiste sur la rétraction des veines sectionnées qui se fait naturellement : à peine si quelques-unes doivent être liées. Il fait un lavage au sublimé et un pansement à l'iodoforme ; jamais il n'a vu de rétrécissement consécutif ; il blâme enfin la pratique ordinaire qui consiste à donner une purgation le jour de l'opération. P. DUFLOCQ.

Die Exstirpation der Harnblase und Totalexcision der Blasenschleimhaut (Extirpation de la vessie et excision totale de la muqueuse vésicale), par **BROHL** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 52, *p.* 1075, 1888).

L'auteur préconise la section symphysienne (Bardenheuer) qui permet, dans les cas douteux, d'explorer la vessie, qui permet aussi d'extirper l'organe sans ouvrir la cavité péritonéale. Voici quatre observations :

1° Homme de 57 ans, atteint d'hématurie depuis cinq ans ; tumeur occupant tout le bas-fond de la vessie et englobant les uretères (le droit a l'épaisseur du doigt). Extirpation de la vessie. Mort le quatorzième jour. *Autopsie :* la plaie est cicatrisée ; l'uretère gauche est oblitéré, dans le rein gauche hydronéphrose.

2° Fille de 7 ans, tuberculose vésicale ; le 9 mai 1887, on met à nu la vessie, dix jours plus tard on fait une incision transversale et on excise la muqueuse semée de granulation. Suture vésicale qui ne tient pas. En décembre l'enfant quitte le lit. Elle a une petite fistule, mais l'urine s'écoule surtout par l'urètre, deux ou trois fois par heure. En mars 1888 péritonite tuberculeuse, mort.

3° Homme de 64 ans, souffrant de catarrhe vésical. La vessie est mise à nu le 21 juillet 1887. Au bout de sept jours on excise un papillome volumineux, siégeant dans la paroi postérieure et la totalité de la muqueuse vésicale qui contient de fines granulations grisâtres. Sonde à demeure. Les sutures manquent. Le pansement antiseptique est renouvelé toutes les trois ou quatre heures. A la fin de mars 1888, la fistule est fermée. L'état général est bon. Il y a incontinence d'urine et légère cystite.

4° Homme de 30 ans, tourmenté depuis sept ans par une affection vésicale, obligé d'uriner, dans les derniers temps, toutes les cinq minutes. Le 16 octobre 1886, ouverture de la vessie. Excision de la muqueuse semée de tumeurs grosses comme des pois et présentant des cicatrices dans la région du trigone. Le 1er janvier 1887 il ne reste plus qu'une fistule petite. Le 30 août 1888 la plaie est complètement cicatrisée. L'état général est bon. L'opéré peut retenir l'urine deux heures et demie. L. GALLIARD.

Ueber Tuberculose des Penis, par KRASKE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 52, *p*. 1074, 1888).

1° L'auteur signale un cas d'ulcérations tuberculeuses de l'urètre, allant de la portion membraneuse à l'orifice externe, chez un sujet de 33 ans, chez qui l'on avait diagnostiqué un chancre de l'urètre. L'autopsie a montré quelques tubercules pulmonaires, une tuberculose avancée des voies urinaires et des reins, un noyau tuberculeux de l'épididyme.

2° Tuberculose du pénis chez un homme de 49 ans, envoyé à la clinique de Fribourg avec le diagnostic de chancre. Il porte à la partie dorsale du gland une ulcération grande comme une pièce d'un marc, au fond de laquelle on distingue des grains miliaires grisâtres; les bords sont décollés. On trouve au côté droit des ulcérations commençantes. Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas de signe de tuberculose pulmonaire. Amputation du gland : on constate que l'infiltration tuberculeuse dans le tissu caverneux du gland est beaucoup plus avancée qu'on n'aurait pu le supposer. Elle s'étend jusqu'à la muqueuse urétrale, où l'on découvre une ulcération grande comme une tête d'épingle. Au microscope, tubercules avec cellules géantes et bacilles en grand nombre. Guérison rapide de l'opéré.

Est-ce un cas d'infection par contact génital? Les renseignements et l'examen de la femme du malade ne donnent que des résultats négatifs. L'auteur admet que le virus a pénétré par la voie sanguine dans le tissu caverneux du gland et que l'ulcération de la muqueuse n'a été que secondaire à cette infiltration tuberculeuse. L. GALLIARD.

Osteoplastiche, temporäre an der Vorderwand des Beckens zur extraperitonealen Freilegung der Blase und der Nachbargebilde (Résection ostéoplastique temporaire de la paroi antérieure du bassin pour mettre à nu la vessie ou les parties voisines), par NIEHANS (*Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p*. 521, 1889).

L'auteur a répété cette nouvelle opération dix fois sur le cadavre, et il l'a appliquée une fois sur le vivant. Voici en quoi elle consiste : L'incision, d'abord verticale et médiane depuis le sommet de la vessie jusqu'à la symphyse pubienne, contourne la racine du pénis et s'engage dans le pli génitocrural jusqu'au tiers ou au milieu de la branche ascendante du pubis. Dans l'angle inférieur de la plaie, le périoste est incisé et soigneusement détaché, puis on coupe l'os avec le ciseau. Puis une petite incision est faite sur la branche horizontale du pubis, juste en dedans de la veine crurale. Incision du pectiné, puis du périoste et section de l'os. Ensuite on sectionne la symphyse soit avec le couteau, soit avec le ciseau, et on détache les parties molles de la face interne du pubis jusqu'au point où les branches ont été sectionnées. Deux doigts introduits derrière le pubis renversent en dehors le fragment détaché. Le diaphragme uro-génital se tend, et on peut facilement le désinsérer sans blesser ni les nerfs ni les vaisseaux. Le corps caverneux est détaché à son tour, et la valve osseuse se rabat complètement en dehors. Si l'incision verticale ne donne pas assez de jour, on en fait une seconde parallèle au ligament de Poupart. Chez la femme, cette seconde incision coupe le ligament rond. Chez l'homme, il faut ménager le cordon. Pour cela, on tire le testicule hors du scrotum, et on le rejette en dehors avec le cordon, en l'enveloppant d'un pansement antiseptique. A la fin de l'opération, on le remet en place.

Grâce à l'ouverture produite par le renversement de la valve osseuse, on voit facilement la moitié de la vessie, son col, la partie prostatique de l'urètre, et, chez la femme, le col de l'utérus et ses rapports avec l'uretère. Si on incise la vessie, l'œil aborde aisément le bas-fond et l'orifice interne de l'urètre. PIERRE DELBET.

Supra pubic prostatectomy, par F. WATSON (*Boston med. journ., p.* 237, 7 *mars* 1889).

L. M..., 69 ans, souffre depuis 10 ans d'obstruction urinaire par hypertrophie de la prostate. Il y a 3 ans, hémorragie profuse, emplissant la vessie, et se repétant 2 ou 3 fois par an : durant les deux derniers mois, ces hémorragies sont devenues plus fréquentes.

Une taille sus-pubienne montra l'absence de tumeur villeuse dans la vessie. Mais dans la prostate, très saillante et volumineuse, avait été créée une fausse route, et autour du nouvel orifice était une surface, large comme l'extrémité du pouce, couverte de bourgeons charnus, cause de l'hémorragie vésicale : les portions latérales de la prostate hypertrophiée furent réséquées, et la surface granuleuse fut raclée avec la curette. Hémorragie légère pendant l'opération : double drain dans la vessie ; guérison le 16e jour.

MAUBRAC.

Mécanisme des luxations du sternum, par SERVIER (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 8 *mars* 1889).

Les luxations du sternum par cause indirecte, dont la littérature médicale ne renferme que 18 à 20 exemples, sont déterminées par le déplacement en avant de la seconde pièce de cet os sur la première. D'après les expériences cadavériques qu'il a faites, Servier rejette le mécanisme indiqué par Maisonneuve et généralement accepté, à savoir que le sternum se trouvant pris entre deux forces agissant en sens contraire sur chacune de ses extrémités, son bout inférieur serait poussé en haut, et le sternum s'incurvant céderait à l'union de ses première et deuxième pièces. Pour l'auteur ces luxations, qui se produisent toujours dans une chute ou par une pression sur le dos, sont déterminées par l'impulsion des côtes, dont les extrémités, tendant à se rapprocher les unes des autres, pressent violemment entre elles la deuxième partie du sternum, et arrivent à la projeter en avant, quand le mouvement qui les anime est produit par une force suffisante. Le même mécanisme peut s'appliquer à la plupart des fractures par cause indirecte. OZENNE.

Die Contracturen des Kniegelenkes nach Quadriceps-Lähmung... (Flexion permanente des genoux par paralysie du triceps), par LORENZ (*Wiener klin. Wochens.*, n° 37, 13 *décembre* 1888).

Garçon de 10 ans, ayant eu, à 4 mois, une affection grave de la moelle. Quand Lorenz le vit pour la première fois, son aspect était frappant; les deux genoux étaient fléchis, le droit un peu plus que le gauche, les deux pieds en valgus très prononcé. Le tronc est fortement incliné en avant, la tête un peu rejetée en arrière. Cette station avec l'attitude en zigzag n'est du reste possible que si le malade s'appuie avec les deux mains sur un bâton, ou s'il appuie les mains sur la face antérieure des cuisses. Vient-on à lui enlever ces points d'appui, il s'affaisse sur lui-même et tombe sur le siège.

Lorenz se proposa non seulement de détruire la flexion permanente des genoux, mais encore d'exagérer la courbure à concavité antérieure de cette articulation, de façon à permettre au malade, grâce à une lordose lombaire

exagérée, de porter le centre de gravité du corps au-devant des genoux étendus, et ainsi de pouvoir se tenir droit et marcher.

L'opération fut pratiquée à l'aide du chloroforme. A gauche, on réussit à étendre le genou, par la seule distension des parties molles ; à droite, il fallut pratiquer l'ostéoclasie du fémur au-dessus des condyles avec l'appareil de Robin. Les deux jambes furent fixées dans l'hyperextension au moyen d'un appareil plâtré. Au bout de sept semaines, le malade pouvait se tenir debout avec une forte lordose lombaire. On lui fit un appareil avec attelle et liens élastiques à la partie antérieure pour remplacer le triceps paralysé. Le malade peut avec cet appareil se tenir debout et marcher sans canne.

Ce cas, dit Lorenz, est intéressant au point de vue de la production des difformités paralytiques. La théorie dominante à l'heure actuelle est la théorie mécanique qui attribue les difformités paralytiques à l'influence de la pesanteur. Dans cette théorie, on ne fait pas entrer en ligne de compte la puissance des muscles, ou du moins elle ne vient qu'en dernière ligne. La théorie dynamique, au contraire, ou théorie antagoniste, met la difformité sur le compte des muscles restés intacts. Lorenz est partisan de cette dernière théorie. Dans le cas actuel, après la paralysie du triceps, le genou s'est placé dans la flexion par l'action des muscles antagonistes, les fléchisseurs. E. KIRMISSON.

A case of uniform contraction of all the flexor muscles in the forearm, relieved by an open incision, par CABOT (*Boston med. and surg. journ.*, 17 *janvier* 1889).

Jeune fille de 14 ans, ayant une flexion permanente du poignet gauche, due à une contracture de tous les muscles fléchisseurs du poignet et des doigts. Il n'y avait pas d'adhérences inflammatoires des tendons; ils étaient seulement raccourcis au point de ne permettre ni l'extension des doigts ni celle de la main. Quand le poignet était fléchi, les doigts pouvaient être étendus complètement, et lorsque les doigts étaient fléchis fortement, le poignet et le métacarpe pouvaient être mis en ligne droite avec le bras. Les extenseurs n'étaient pas paralysés, bien que peut-être un peu affaiblis.

Cet état remontait à une fracture de l'avant-bras, soignée par l'application d'attelles à l'âge de 3 ans. Une tentative de redressement brusque échoua, et le 20 août 1886 on opéra. Incision transversale a 3 pouces environ au-dessus du poignet; section des tendons fléchisseurs; les doigts et le poignet purent alors être facilement étendus; suture à la soie, réunion par première intention. Résultat définitif très satisfaisant en septembre 1888. E. KIRMISSON.

Das Zurückbleiben im Wachsthume der kranken Extremitæt bei tuberculöser Knügolenksentz iendung (Arrêt de croissance du membre malade dans le cas de tuberculose du genou), par Julius DOLLINGER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 49, *p.* 897, 1888).

Par des mensurations soigneusement faites sur 41 sujets, l'auteur s'est préoccupé de déterminer les conditions et le degré du raccourcissement qui peut frapper le membre inférieur dans les cas de tuberculose du genou en dehors de toute résection. Voici ses conclusions : Il est impossible de déterminer au bout de combien de temps après le début de l'inflammation le raccourcissement commence à se manifester. Tant qu'il existe une hyperémie inflammatoire, la croissance du membre malade continue; elle peut même être plus rapide que celle du membre sain. L'arrêt de croissance commence quand l'hyperémie et l'inflam-

mation cessent. La rétraction des tissus cicatriciels étranglent les vaisseaux et anémient les cartilages épiphysaires. Le degré du raccourcissement n'est pas proportionnel au temps depuis lequel il a commencé. L'intensité de l'inflammation et des lésions qu'elle a déterminées est un facteur important. L'auteur n'a jamais constaté que la marche, après la guérison, ait amené un accroissement peu rapide du membre, c'est-à-dire une diminution de raccourcissement.

En somme, Dollinger paraît croire, et c'est là ce qui est le plus important, que les raccourcissements qui se produisent après les résections ne sont pas plus considérables que ceux qui surviennent sans résection. PIERRE DELBET.

On the complication of dislocation with fracture of the femur par Fred. KAMMERER (*New York med. Journal*, 16 *février* 1889).

L'auteur fait remarquer la rareté des fractures coïncidant avec des luxations, surtout en ce qui concerne le fémur. Dans ses recherches, l'auteur a pu en recueillir 19 observations, y compris le fait qui lui est personnel.

Il s'agit d'un garçon de 13 ans qui, le 18 juillet 1887, poussant une balançoire où se trouvaient 6 enfants, fut victime de l'accident suivant : Il tomba sur le dos, et la balançoire vint frapper sa cuisse gauche à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen ; on reconnut une fracture du fémur, et on le traita par l'extension continue. Au bout de six semaines, la fracture était consolidée, et le malade commença à marcher, mais il ne pouvait pas mouvoir la hanche, et on trouvait dans l'aine gauche une tumeur dure et douloureuse. L'auteur vit le malade pour la première fois en avril 1888, les choses s'étaient peu modifiées depuis le début.

La cuisse gauche est légèrement en abduction, sans flexion. Un peu en dedans, et à deux pouces environ au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une tumeur arrondie bombe au-dessous des téguments. La distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole est, à droite, de 28 pouces, et à gauche, de 26 pouces 3/4. La distance de cette même épine antérieure et supérieure au grand trochanter est de 4 pouces à droite, et à gauche, de 2 pouces 3/4. Les vaisseaux sont au côté interne de la tumeur supposée être la tête du fémur. On sent que la tumeur de l'aine se déplace avec le trochanter pendant les mouvements de flexion et d'extension qui sont très limités. Il y a un affaissement marqué de la région fessière.

Des 19 observations rassemblées par l'auteur, il en est 13 qui se rapportent à des fractures du corps, et 6 seulement à des fractures du col. C'est l'inverse de ce qui a lieu pour l'épaule, où les fractures compliquant les luxations sont des fractures du col anatomique ou chirurgical. La complication de fracture du col du fémur et de luxation de la hanche est due soit à l'action de deux forces isolées, soit à une seule et même force, qui n'a pas épuisé son action après la production de la luxation. Dans le cas qui lui est personnel, l'auteur croit que la luxation a été produite quand le malade a voulu échapper à la balançoire, et la fracture, quand celle-ci est venue frapper le membre.

Quant au traitement, l'auteur conseille comme méthode générale, dans ces cas, la réduction immédiate, si elle est possible, même au prix d'opérations. Allis, en 1879, a recommandé l'usage d'un long poinçon, ou d'une vrille enfoncée dans le grand trochanter, pour faciliter la réduc-

tion. Andrews, en 1883, a conseillé dans le même but une incision au-dessous du trochanter; on saisit le fragment supérieur avec un davier et on produit par des manœuvres la réduction. L'auteur a fait des expériences sur le cadavre, et il a constaté que ces moyens facilitaient beaucoup la réduction. E. KIRMISSON.

Double hip disease (coxalgie double); a report of fourteen (14) consecutive cases, with conclusions, par John RIDLON (*International Journal of surgery and antiseptics*, 8 *octobre* 1888).

L'étude des 14 cas qu'il a observés conduit Ridlon aux conclusions suivantes :

La maladie commence rarement dans les deux hanches à la fois. La seconde jointure peut être prise pendant que le malade est en traitement au lit pour l'affection de la première.

La jointure atteinte la première est souvent la dernière à guérir. Cela paraît dû à ce qu'avant l'envahissement des deux articulations, et encore après la guérison de l'une d'elles, on permet au malade de marcher, ce qui cause dans l'articulation malade des pressions et des mouvements, et retarde la guérison.

La durée de l'affection dans la première jointure est habituellement un peu moindre que dans la moyenne des cas de coxalgie; celle de la seconde jointure dure beaucoup moins que la première. On peut se rendre compte de ce fait, parce que, pendant que les deux articulations sont malades à la fois, le malade est soigneusement gardé au lit dans la rectitude, ce qui supprime l'influence fâcheuse de la pesanteur.

On a dit que la maladie de la seconde jointure exerçait une dérivation favorable à la guérison de la première. Par exemple, un malade atteint de coxalgie guérirait plus vite, si un mal de Pott venait à se montrer chez lui. Cela ne paraît pas vraisemblable, puisque la maladie de la seconde jointure, la dernière atteinte, est celle qui guérit la première. L'influence favorable de la seconde arthrite tient plutôt à ce qu'elle oblige à garder un repos absolu.

Une affection en apparence si sérieuse ne menace pas trop la vie, puisqu'un seul des 14 malades est mort, et encore de méningite tuberculeuse. E. KIRMISSON.

Eine Methode der Osteotomie bei Genu valgum, par Eugen HAHN (*Cent. f Chir.*, *n°* 48, *p.* 881).

L'auteur attaque le fémur des deux côtés, d'abord par sa face interne, puis par sa face externe. Il sectionne d'abord la couche de tissu compact de la face interne du fémur sur toute son étendue. Pour cela, le ciseau doit pénétrer dans l'os de 2 à 3 centimètres. Puis la plaie étant recouverte de gaze antiseptique, on fait reposer la jambe sur sa face interne; la peau est incisée sur une étendue d'environ un centimètre, et le tissu compact de la face externe de l'os est sectionné à son tour. On n'emploie pour toute l'opération qu'un seul ostéotome, qui a environ un centimètre de large. Les avantages de ce procédé sont les suivants : L'opération est cinq ou six fois moins longue que celle de Mac Ewen. Il

suffit d'un seul ostéotome. On est moins exposé à blesser les vaisseaux ou les nerfs. L'auteur a employé sept fois ce procédé sur le vivant.

PIERRE DELBET.

Ueber die Luxation bei der Vorderarmknochen... (Luxation du coude en arrière avec fracture du condyle externe de l'humérus), par F. FISCHER (*Cent. f. Chir., n°* 48, *p.* 890, 1888).

Le mécanisme par lequel cette luxation se produit est le suivant : extension forcée de l'avant-bras, la main étant fixée en forte pronation; abduction du bras suivie de flexion. La réduction est très difficile, parce que les fragments du condyle externe ne peuvent être maintenus. Dans quatre cas anciens traités à la clinique de Strasbourg, la réduction fut impossible, et il fallut faire une résection partielle (radius et cubitus). Les résultats fonctionnels ont été satisfaisants. La résection temporaire de l'olécrâne par le procédé de Trendelenburg-Wölffler n'était applicable à aucun de ces quatre cas, parce que les surfaces articulaires étaient trop déformées.

PIERRE DELBET.

Rupture of the tendon of the long head of the biceps, par MONKS (*Boston med. and surg. journal,* 17 *janvier* 1889).

Monks rapporte un cas de rupture de la longue portion du biceps qu'il a rencontré sur le cadavre. Le tendon, déchiré à son insertion sur la partie supérieure de la cavité glénoïde, était adhérent à la partie supérieure de la coulisse bicipitale.

Cette disposition anatomique expliquerait, d'après l'auteur, deux particularités cliniques : 1° ce fait que le tendon abaissé peut être senti au-dessous du deltoïde, ce qui est impossible à l'état normal; 2° ce fait que les fonctions sont conservées.

L'auteur a publié quatre cas de cette lésion en 1886, et depuis lors il en a vu cinq ou six autres ; on pouvait sentir le tendon au-dessous du deltoïde.

Une rupture complète est facile à reconnaître à l'aide des signes physiques seuls ; mais il n'en est pas ainsi des ruptures partielles. Dans ce dernier cas, le chirurgien doit saisir la main du malade comme pour lui donner une poignée de main. On commande alors au malade de faire des mouvements alternatifs de pronation et de supination, pendant que le chirurgien résiste. Si le tendon du biceps est lésé, la supination sera beaucoup plus douloureuse que la pronation ; car, dans la supination, le biceps intervient. L'auteur préfère cette exploration à celle conseillée par Hüter, qui consiste en ce que la flexion dans la supination est plus douloureuse et plus difficile que la flexion dans la pronation. Si, après un traumatisme, on trouve de la douleur et une ecchymose le long de la gouttière bicipitale, si la supination est plus douloureuse que la pronation, il y a tout lieu de croire à une rupture partielle ou totale du biceps.

E. KIRMISSON.

Tuberculosis of the sacro-iliac joint, par Van HOOK (*Annals of surgery, décembre* 1888, *janvier et février* 1889).

Ce travail, basé sur l'étude de 59 observations, dont 12 inédites, de Sayre, embrasse toute la question de la tuberculose sacro-iliaque.

L'anatomie pathologique (tableau de 22 autopsies) montre que le pus issu de l'articulation se porte tantôt au dehors, tantôt au dedans : sur 51 abcès, 21 étaient extra-pelviens, 30 intra-pelviens.

Des 21 abcès extra-pelviens, 18 s'étaient fait jour directement en arrière, juste au-dessus de l'articulation, 2 apparaissaient dans la région lombaire, 1 dans la région fessière. Pour les abcès intra-pelviens, 4 ont fusé en haut, dans la région lombaire, et 18 ont suivi le psoas, soit dans sa gaine, soit dans son voisinage ; les 12 autres abcès se sont dirigés en bas : les uns passent sous l'échancrure sciatique pour apparaître sous le fessier ou à la partie postérieure de la cuisse ; les autres perforent le rectum, le périnée, l'anus. Les abcès apparaissant au-dessus de l'articulation sacro-iliaque sont donc toujours extra-pelviens : ceux de la région fessière sont ou extra- ou plutôt intra-pelviens : dans le 1er cas, une ligne tuméfiée unit le centre de l'abcès à l'article, mais si le pus vient par l'échancrure sciatique, il n'y a aucune connexion extérieure de l'article avec la poche purulente : de même pour les abcès lombaires qui sont extra- ou intra-pelviens. Tous les abcès venus de l'articulation sacro-iliaque, et fusant dans la région fémorale, le périnée, le rectum, la fosse iliaque, sont intra-pelviens.

D'après 32 cas dans lesquels l'âge est spécifié, 14 malades étaient âgés de moins de 20 ans et 12 de 20 à 25 ans : dans son étiologie, l'affection reconnaît d'une manière presque invariable le traumatisme.

Les résultats du traitement (*R. S. M.*, XXXIII, 653) sont donnés par deux tableaux contenant l'histoire clinique de 51 cas de tuberculose sacro-iliaque, dont 30 avec abcès. MAUBRAC.

Ein Fall von Myositis ossificans lipomatosa, par C. LEHMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 36, *p.* 733, 1888).

Une femme de 36 ans porte à la partie postérieure de la cuisse gauche, dans l'épaisseur des muscles, une tumeur allongée et dure qui existe depuis 17 ans et qui a augmenté à la suite de chacune de ses neuf grossesses. On diagnostique un lipome diffus partiellement calcifié. On fait à la peau une incision de 20 centimètres ; on rencontre des masses adipeuses semées de foyers calcaires, puis une tumeur dure comme de la pierre, faisant corps avec le biceps fémoral. Il faut extirper en grande partie ce muscle pour extraire la tumeur. La grande cavité qui résulte de l'extirpation est remplie d'iodoforme et suture. Guérison en 4 semaines.

En reconstituant les éléments de la tumeur, on a une masse plus grosse qu'une tête d'enfant. Elle est traversée par des faisceaux musculaires modifiés. A la partie profonde existe une sorte d'os long, mesurant 10 centimètres, enveloppé d'une mince couche musculaire ; on y reconnaît des lamelles de tissus osseux compact et du tissu médullaire jaunâtre. Le tissu osseux est traversé par un réseau de canalicules. Les fibres musculaires du biceps sont rayées longitudinalement ou transformées en masses uniformément troubles ; les noyaux musculaires sont multipliés. Le tissu conjonctif interposé entre les faisceaux musculaires est hypertrophié et lipomateux.

En résumé, myosite interstitielle chronique ayant abouti d'une part à la formation de masses lipomateuses énormes, d'autre part à l'ossification.

Le tissu osseux ne provient pas du fémur, car il en était séparé par une couche musculaire. L. GALLIARD.

Extensive thoracotomy for sarcome of the chest-wall (poitrine), par Roswell PARK (*Annals of surgery, p.* 254, *octobre* 1888).

Homme de 33 ans, a subi, en 1887, une désarticulation du genou pour sarcome récidivé de la jambe. En janvier 1888, il porte une tumeur grosse comme un œuf, siégeant près du mamelon gauche; on diagnostiqua un sarcome. L'auscultation des poumons ne révéla aucun trouble pathologique.

Le 21 janvier, après dissection de la peau, on trouva que la tumeur avait envahi 3 côtes : en les réséquant, on blessa la plèvre, et par l'ouverture on constata que la tumeur s'étendait à l'intérieur du thorax, plus qu'au dehors, et qu'elle adhérait au poumon. La tumeur et quatre côtes envahies (4e, 5e, 6 e, 7e) furent rapidement enlevées, avec la partie du poumon confondue avec la tumeur. Un examen du poumon révéla l'existence de nodules nombreux disséminés dans les deux lobes et à leur surface, mais aucun n'était assez volumineux pour être réséqué. Durant l'opération, la respiration fut à peine troublée. Elle devint plus rapide, et le pouls très faible.

Les suites immédiates de l'opération furent bénignes : seule la respiration resta fréquente. Le 27 janvier, la face était cyanosée, le murmure respiratoire avait disparu du côté gauche, bientôt le délire s'établit et le malade mourut le 28 au matin.

La plaie était réunie par première intention. La plèvre gauche était pleine de sérosité sanglante. Le poumon droit était également farci de nodules sarcomateux.

La tumeur thoracique était un sarcome à cellules fusiformes : celle du poumon était à cellules rondes.

MAUBRAC.

Cases illustrating... (Cancer villeux de la mamelle et des conduits galactophores), par Anthony BOWLBY (*St Barth. hos. Rep., p.* 263, *XXIV*).

Bowlby publie sept cas de cancer villeux des canaux galactophores et tire de ces faits les conclusions suivantes :

Presque toujours cette variété de cancer atteint des femmes âgées. D'ordinaire, un des symptômes prédominants est l'écoulement, par le mamelon, d'une certaine quantité de liquide. Jamais le cancer n'est précédé ni accompagné d'eczéma du mamelon.

Les ganglions axillaires sont ordinairement respectés. Le développement de la tumeur mammaire est lent.

Le mamelon et la peau ne subissent pas de rétraction, et les tumeurs siègent au voisinage du mamelon. Elles sont souvent multiples, fermes et élastiques au toucher, plutôt que dures et nodulaires comme dans le carcinome.

En les incisant, on les trouve kystiques, infiltrées de sang, molles et friables. Quelques-uns des kystes sont remplis d'un exsudat solide, d'autres de sérosité ou de caillots.

Les tumeurs récidivent fréquemment sur place, mais ont peu de tendance à se généraliser. Leur diagnostic est facile d'avec le carcinome; il est bien plus aisé de les confondre avec les sarcomes kystiques. L'âge des sujets, la multiplicité des tumeurs sur un même sein, la lenteur de leur développement, l'absence ordinaire d'écoulement sanguin par le mamelon, sont des caractères diagnostiques importants.

H. R.

Quelques cas de kystes synoviaux intermusculaires, remarques sur leur mode d'origine, par d'Arcy POWER, M. B. OXON et S. ENG (*The illustrated med. news*, 16 *février* 1889).

Les kystes synoviaux apparaissent généralement au niveau d'une articulation siège d'un foyer tuberculeux, d'une ostéo-arthrite ou d'une lésion dépendant de l'ataxie locomotrice. Ils sont en continuité avec la cavité articulaire, et parfois le pédicule de communication peut présenter une très grande longueur. Le siège le plus fréquent de ces kystes est le genou, puis l'épaule, la hanche, le coude, le poignet. Il est très probable que les tumeurs dites ganglionnaires du poignet reconnaissent la même origine et sont associées à la tuberculose radio-carpienne.

L'auteur rapporte 9 observations qui semblent montrer que, dans la plupart des faits, c'est à la tuberculose de l'articulation qu'il faut rapporter la tumeur kystique. F. V.

Traitement chirurgical des polyadénites cervicales, par A. PONCET (*Lyon méd.*, *p.* 55, 13 *janvier* 1889).

Poncet propose d'enlever radicalement tous les ganglions, superficiels ou profonds, en procédant de la façon suivante : Large incision des parties molles, pour la mise au jour des ganglions, de 10 à 15 centimètres. Décortication au doigt des ganglions superficiels; pour les ganglions profonds, voisins des vaisseaux, on pique le ganglion de la pointe du bistouri; par cette ouverture, on glisse une curette et on fait rapidement une énucléation sous-capsulaire, une destruction complète. Pansement à l'iodoforme, drainage, réunion par première intention; cicatrice réduite au minimum.

Dix-sept malades, traités ainsi, ont guéri en 15 à 20 jours et n'ont pas eu la moindre récidive. A. C.

Polymorphie clinique des affections charbonneuses, par A. SABATIER (*Lyon méd.*, 20 *janvier* 1889).

Sabatier classe de la manière suivante les diverses manifestations du charbon :

1° Charbons internes : *a*) forme papuleuse, pustule maligne de Millet; *b*) formes phlycténoïdes: 1. pustule maligne classique; 2. pustule à œdème séparé ; *c*) formes œdémateuses, œdème malin charbonneux ; *d*) pénétration par : 1. plaie carbonisée; 2. point gangreneux sans phlyctène; absorption par une muqueuse.

2° Charbons internes : *a*) charbon malin : 1. avec tumeur symptomatique; 2. forme œdémateuse; *b*) fièvre charbonneuse ; *c*) mycose intestinale ; *d*) forme pulmonaire d'Eppinger. A. C.

OPHTALMOLOGIE.

Traité complet d'ophtalmologie. Maladies de l'orbite et des voies lacrymales, par de WECKER (*t. IV, f.* 3, *Paris,* 1889).

La plus grande partie de ce volumineux fascicule est consacrée à l'étude des affections de l'orbite. Bien que rares, puisqu'elles ne représentent que 0,02 0/0 des maladies oculaires en général, elles méritent une étude approfondie, à cause des difficultés très grandes du diagnostic et trop souvent de la gravité du pronostic. Après une rapide description séméiologique de l'exophtalmie, l'auteur insiste surtout sur les maladies inflammatoires, les traumatismes, les tumeurs ; des chapitres spéciaux sont consacrés au goitre exophtalmique et à l'exophtalmie pulsatile, qui forme une véritable monographie, dans laquelle se trouvent rapportées les principales observations connues. A propos des périostites orbitaires et des abcès profonds, les recherches d'anatomie topographique montrent qu'il faut user d'une très grande prudence dans l'intervention chirurgicale ; les abcès doivent être ouverts soit par la conjonctive, soit par la peau si le gonflement est trop considérable, mais le bistouri doit raser la paroi orbitaire et éviter tout aussi bien la perforation d'une lamelle osseuse peu épaisse que la blessure du globe. Les thromboses et la phlébite des veines ophtalmiques présentent une marche et une gravité très variables : elles peuvent avoir pour point de départ les veines de la face, les sinus de la dure mère, ou bien se localiser au système des veines orbitaires. Les variations dans la distribution de ces veines peuvent jusqu'à un certain point rendre compte des grandes différences observées et par conséquent des difficultés du diagnostic.— Les traumatismes portent sur le rebord de l'orbite, sur ses parois ou sur son contenu, et dans ce cas ils peuvent être compliqués de la présence de corps étrangers. Une mention spéciale est due à ces fractures de l'orbite qui passent par le trou optique et intéressent le nerf par déchirure, par épanchement dans les gaines ou par un autre mécanisme, mais produisent fréquemment l'amaurose. — Dans une édition précédente les tumeurs avaient été divisées en intra- et extra-musculaires, suivant qu'elles se développent en dedans ou en dehors de la pyramide musculaire, mais la division de Berlin est préférable, et on doit distinguer les tumeurs du tissu connectif, de la glande lacrymale, du nerf optique et des parois osseuses; de Wecker n'admet pas qu'une véritable papillite se développe au cours des tumeurs de l'orbite, lorsqu'elles ne communiquent pas avec les gaines du nerf optique. Il peut y avoir stase avec ischémie rétinienne et pouls artériel, le nerf peut être comprimé, tiraillé et plus tard il s'atrophie, mais sans passer par une période inflammatoire, contrairement à l'opinion de Berlin et de la grande majorité des auteurs. Ce n'est qu'exceptionnellement dans les tumeurs infectieuses que l'on peut constater de la papillite. On sait que cette opinion a été développée avec beaucoup

d'énergie par l'auteur dans l'étude des maladies du nerf optique. Suit la description détaillée des différentes tumeurs solides ou liquides : signalons en passant les observations intéressantes de kystes hydatiques de l'orbite, d'angiomes. Au sujet des tumeurs osseuses et des opérations qu'elles nécessitent, la statistique de Berlin porte 25 0/0 de cas de mort, mais on peut espérer maintenant que les progrès de l'antisepsie rendront moins fréquents les cas de méningo-encéphalite suppurée.

L'étude des maladies des voies lacrymales est précédée de l'anatomie de ces organes par Merkel, empruntée au traité d'anatomie topographique. Au sujet des déviations ou oblitérations des points lacrymaux, de Wecker insiste sur la nécessité de fendre le canalicule inférieur, sans arriver jusqu'à la caroncule, et en dirigeant bien l'incision vers le lac lacrymal et non directement en haut. Lorsqu'il existe une véritable dacryocystite, avec sécrétion abondante, il vaut mieux fendre le canalicule supérieur, parce que le cathétérisme est plus facile et moins douloureux.

F. DE LAPERSONNE.

Grafts from the mucous membrane of the mouth to supply defects in the mucous membrane of the eye, par SMITH (*Arch. of ophth., XVII n°* 4, *p.* 430).

Chez un enfant atteint d'ophtalmie purulente grave, avec lésions cornéennes, les cautérisations au nitrate d'argent amenèrent des cicatrices rétractiles de la conjonctive et un entropion de la paupière supérieure. La canthoplastie n'ayant pas donné de résultat, on fit une dissection de la paupière supérieure, intéressant la conjonctive cicatricielle, le tarse, jusqu'aux fibres de l'orbiculaire et dans la perte de substance on plaça un large lambeau de muqueuse buccale emprunté à la face interne de la joue. Le lambeau fut fixé par quelques points de suture très fins; pendant toute l'opération et pour le pansement on fit une antisepsie très rigoureuse. Au 4e jour on pouvait enlever les sutures, le lambeau était déjà adhérent et depuis les cils n'ont plus eu de tendance à frotter sur la cornée.

Ce procédé, qui a été employé dans un autre cas, a donné à l'auteur de meilleurs résultats que la greffe avec la muqueuse du lapin, ou l'autoplastie par glissement. Cette opération présente quelques analogies avec l'opération de Millingen pour l'entropion. F. DE LAPERSONNE.

Échelles optométriques, par PARINAUD (*In*-8° *avec pl., Paris*, 1888).

Les échelles typographiques pour l'acuité visuelle à grande distance, sont au nombre de deux: l'une, d'après Snellen, avec la réduction à 5 mètres de Wecker; l'autre, d'après Monoyer, avec l'évaluation en fractions décimales. Pour la petite distance, on a prolongé l'échelle de Snellen jusqu'à 0^m,25, par les procédés héliographiques qui assurent une exactitude rigoureuse. Les caractères romains, basés sur une unité de 4′ au lieu de 5′, forment douze numéros qui ne sont pas désignés par des chiffres successifs, mais par ceux qui correspondent à l'acuité visuelle pour la distance de 0^m,25; le n° 10 répond à $V = 1/10$. — L'exploration précise de la sensibilité, pour les couleurs et la lumière, offre des difficultés presque insurmontables. Ce qu'il faut, ce sont des moyens pratiques pouvant servir en clinique. Les couleurs principales, rouge, jaune, vert, bleu, violet, présentent cinq degrés de saturation sur fond noir; il faut découvrir successivement chacun de ces degrés en commençant par les plus faibles. Il en est de même pour la sensibilité de la lumière; l'ex-

ploration se fait à courte distance par des tons gris, allant du noir au blanc, sur fond noir, avec des barres ou des lettres de moyenne grandeur. Les deux tableaux peuvent être examinés par transparence, en face d'une fenêtre ou d'une source de lumière artificielle, dont on s'éloigne progressivement, en maintenant le tableau à la même distance des yeux.

F. DE LAPERSONNE.

Nystagmus expérimental, par BEAUNIS (*C. R. Soc. de Biologie*, 4 *février* 1888).

Le nystagmus peut être direct ou réflexe. Le premier a pour caractère d'être unilatéral et d'être déterminé par l'excitation du cerveau du côté opposé à l'œil oscillant : il se produit spécialement après la lésion (irritation) des tubercules quadrijumeaux : il peut présenter toutes les formes qu'on observe en clinique : il peut se produire pour un grand nombre d'excitations (excitations et destructions corticales des hémisphères et du cervelet, action de quelques anesthésiques, comme le bromure d'éthyle, etc.). PAUL LOYE.

Recherches des daltoniens dans le recrutement maritime, par MARÉCHAL (*Soc. d'opht. de Paris*, 4 *décembre* 1888, *Rec. d'ophtalm.*, *XI*, *n°* 1, *p.* 33).

L'exploration des couleurs doit être faite plutôt à grande distance et comporte deux degrés : 1° l'analyse qualitative, faite par la comparaison des couleurs (écheveaux de Holmgren, pigments colorés, cônes lumineux et colorés, etc.) ; 2° l'analyse quantitative, à l'aide de mires colorées sur fonds variés, ayant de 3 à 5 millimètres de diamètre pour la distance de 2 mètres. Le rouge et le vert étant les seules couleurs utilisées pour les signaux, il importe de les vérifier avec soin. Le daltonisme pour le vert n'est pas aussi rare qu'on pouvait le croire. Grâce à un appareil ingénieux l'auteur peut connaître les moindres défauts du sens chromatique pour la couleur verte. Il conseille d'autre part de renforcer spécialement l'éclairage des feux verts pour tous les navires ou phares et de masquer la flamme elle-même par un petit disque de verre dépoli, afin de n'avoir qu'un éclairage bien égal par réflexion. Les circonstances extérieures peuvent modifier très sensiblement les couleurs et cette altération des feux de position a été la cause d'erreurs de route et de collisions funestes. F. DE LAPERSONNE.

I. — Colobome congénital des paupières, par DOR (*Revue gén. d'ophtalm.*, *VII*, *n°* 12, *p.* 529, *décembre* 1888).

II. — Cryptophtalmos, par van DUYSE (*Annales d'ocul.*, *t. CI*, *p.* 69, *janvier-février* 1889).

Chez un enfant qui présentait un colobome à l'union du tiers moyen avec le tiers interne de la paupière supérieure, Dor a pratiqué l'opération suivante : après avoir avivé les bords, la paupière supérieure fut fendue dans toute sa longueur par une section horizontale parallèle au bord libre et située à 3 millimètres de ce bord : puis les deux côtés de l'ancien colobome furent réunis et un certain nombre de sutures furent placées pour maintenir la paupière dans sa nouvelle position.

Au sujet de la théorie pathogénique, l'opinion de Van Duyse sur les brides amniotiques n'est pas admissible pour tous les cas. Il s'agit plutôt d'un arrêt de développement remontant au 14ᵉ ou 15ᵉ jour de la vie

embryonnaire, au moment de la soudure du bourgeon frontal et des deux moitiés du premier arc branchial. Si la soudure reste incomplète il y aura un arrêt de développement qui s'opposera à la fermeture normale des paupières et donnera naissance au colobome. Les deux tiers externes des deux paupières se forment sur le premier arc branchial, le tiers interne appartient au bourgeon frontal. Cette explication s'applique aussi bien aux colobomes palpébraux qu'aux fentes obliques de la face.

II. — Le nom de cryptophtalmos doit être réservé aux cas où l'absence des paupières est totale et absolue, où la peau extérieure passe devant un œil plus ou moins développé : bien distincte des cas d'abléphārie partielle ou de symblépharon congénital, cette malformation est très rare puisqu'il n'en existe que deux cas, l'un décrit par Manz et Zehender et le second qui fait le sujet de ce travail.

Il s'agissait d'un enfant de 3 semaines, né d'un maraige consanguin, n'ayant d'autre malformation qu'un aplatissement du crâne et de la face du côté gauche. La peau du front passe devant l'orbite qui paraît normalement développé, il n'existe pas trace de cils, de points lacrymaux, ou de cicatrices indiquant la présence d'un raphé palpébral. La saillie des globes oculaires, facilement appréciable, est plus prononcée à gauche : les yeux sont assez mobiles sous la peau. La perception lumineuse quantitative existe certainement.

L'auteur admet la théorie de Manz qui considère le cryptophtalmos comme produit par une absence complète des paupières, il n'y a donc pas de conjonctive et cet état est lié à un défaut de développement du cristallin. La cause de cet arrêt de développement serait peut-être dans les synéchies amniotiques que Van Duyse a déjà étudiées à d'autres points de vue. F. DE LAPERSONNE.

Anomalie fonctionnelle du releveur palpébral, par de WECKER (*Soc. d'opht. de Paris*, 8 *janvier, et Rec. d'ophtalm.*, *XI*, *n°* 2, *p.* 94).

Il s'agit d'une jeune fille, atteinte de léger ptosis congénital du côté droit, dont la paupière se relève brusquement chaque fois qu'elle ouvre la bouche pour faire des mouvements de mastication, surtout lorsque le regard est dirigé en bas. Les premiers faits de ce genre ont été signalés par Gunn et la commission de la Société d'ophtalmologie de Londres a conclu à une réunion anormale entre les fibres motrices qui meuvent le releveur de la paupière supérieure et le ptérygoïdien externe. De Wecker fait remarquer que le phénomène se produit surtout lorsque la malade déplace la mâchoire inférieure en avant ou du côté opposé au ptosis, ou bien lorsque, le regard étant abaissé, elle écarte franchement les mâchoires. D'ailleurs, lorsque les malades veulent ouvrir un œil douloureux, n'ouvrent-ils pas grandement la bouche ? F. DE LAPERSONNE.

Opération de l'entropion fonctionnel, par GILLET DE GRANDMONT (*Soc. d'opht. de Paris*, 4 *décembre* 1888, *et Recueil d'opht.*, *XI*, *n°* 1, *p.* 39).

L'entropion sénile de la paupière inférieure est produit par la flaccidité de la peau des vieillards, par la contraction exagérée des fibres du muscle de Riolan et enfin par la distension et la mobilité du ligament large, suspenseur du tarse. Pour combattre ce dernier inconvénient, l'auteur a pratiqué des sutures horizontales. Un fil antiseptique porte

une aiguille courbe à ses deux extrémités ; les deux aiguilles sont introduites dans le fond du cul-de-sac conjonctival inférieur à 6 ou 8 millimètres de distance; elles ressortent sur la peau à 4 millimètres du bord libre et à 3 ou 4 millimètres l'une de l'autre, le fil est noué fortement. On dispose ainsi 3 ou 4 sutures sur la même ligne parallèle : elles déterminent un petit sillon rappelant celui qui existe normalement chez les vieillards. Elles donnent une réduction immédiate de l'entropion que les contractions violentes de l'orbiculaire ne peuvent pas reproduire. Les fils aseptisés peuvent rester plus de deux mois sans déterminer d'irritation, généralement ils tombent tout seuls. F. DE LAPERSONNE.

Des troubles oculaires dans les altérations de la 5e paire, et en particulier dans les affections dentaires, par GALEZOWSKI (*Progrès médical*, 21 *juillet* 1888).

Il n'est pas rare de trouver des troubles visuels d'origine nerveuse, sans lésion oculaire, dépendant d'une irritation des filets dentaires de la cinquième paire. Chez les jeunes enfants, certaines kératites tenaces sont liées au développement de la dentition. De 7 à 8 ans, au moment de la seconde dentition, on rencontre souvent le tic des paupières. Chez les adultes, la carie dentaire provoque des troubles variés dont le plus fréquent est l'asthénopie accommodative. Quand l'état de la réfraction n'explique pas l'asthénopie, il faut toujours examiner les dents, surtout celles de la mâchoire supérieure. Galezowski a vu deux cas de cécité guéries instantanément par l'ablation de dents cariées;— souvent on voit une mydriase d'un seul œil; — il admet même que huit fois sur dix une dilatation spontanée est due à une altération des dents. La mydriase peut être, d'ailleurs, du côté opposé à la dent gâtée. H. L.

Eye-inflammation from irritation of the dental nerve, par MARLOW (*N. York med. Journ.*, *p.* 405, 14 *avril* 1888).

L'auteur a constaté trois fois une relation évidente entre des lésions oculaires et l'irritation des rameaux dentaires de la cinquième paire.

Dans les trois cas il s'agissait de kératite superficielle, mais très étendue et avec tendance à la desquamation épithéliale, forme distincte de la kératite phlycténulaire vulgaire qui se localise sur certains points et produit des ulcérations nettes. En même temps, il y avait œdème et congestion de la conjonctive, sans suppuration, phénomènes secondaires à la kératite.

Le traitement dirigé contre ces désordres n'avait déterminé qu'une faible amélioration quand l'auteur découvrit les altérations dentaires; l'extraction des dents amena la guérison rapide des yeux. L. GALLIARD.

I. — Ueber Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Nasenkrankheiten (Rétrécissement du champ visuel dans les maladies du nez), par ZIEM (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 5, *p.* 86, 1889).

II. — Ueber Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Erkrankung der Nase und ihrer Nebenhöhlen (Du rétrécissement du champ visuel lié aux affections du nez ou de ses sinus), par ZIEM (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 37, *p.* 747, 10 *septembre* 1888).

I. — Ziem attribue les troubles oculaires, dans ces 4 cas, à des dé-

sordres circulatoires de la capsule, à l'hyperémie du plexus ciliaire.

1° Fille de 24 ans, atteinte de suppuration de l'oreille gauche et de coryza suppuré; depuis quelques semaines, elle souffre de douleurs frontales, avec prédominance à gauche. On constate que le champ visuel est rétréci de ce côté, tandis qu'à droite il est à peu près normal. Traitement par l'ouverture du sinus maxillaire, amélioration; le champ visuel s'agrandit.

2° Fille de 11 ans, atteinte d'ozène; suppuration des fosses nasales, surtout à droite. De ce côté, le champ visuel est rétréci. Après l'ouverture du sinus maxillaire droit, amélioration notable, le champ visuel s'étend.

Les deux autres faits se rapportent également à des sujets affectés de suppurations nasales. L. GALLIARD.

II. — Ziem relate une observation prouvant que le rétrécissement du champ visuel, déjà signalé dans les affections du sinus sphénoïde, peut aussi s'observer dans celles du sinus maxillaire.

Il s'agit d'une femme qui, sujette depuis de longues années à des coryzas, avait brusquement été prise de troubles visuels du côté gauche et d'étourdissements. La vision était surtout troublée le matin, alors que le nez était complètement obstrué. On diagnostiqua un glaucome pour lequel on lui fit, à trois semaines d'intervalles, deux iridectomies et l'extraction du cristallin. Néanmoins la vue fut complètement perdue.

Quand Ziem vit la malade, elle accusait des douleurs dans les tempes et dans l'œil droit qui offrait un rétrécissement du champ visuel, surtout en dehors. Il lui fit la trépanation du sinus maxillaire, suivie de lavages. Après cette opération, le champ visuel redevint normal. Les douleurs temporales et les étourdissements disparurent.

Ziem conclut qu'il s'agissait de troubles circulatoires du globe oculaire dus à la gêne de la respiration nasale. Il écarte d'autant plus facilement l'hypothèse de troubles réflexes qu'il a observé des accidents visuels analogues dans des affections nasales complètement indolores.

Ainsi, un homme, atteint de néphrite, offrait une diminution de l'acuité visuelle du côté droit avec rétrécissement du champ visuel. L'examen ophtalmoscopique révélait une congestion veineuse intense de la papille. Cet homme présentait en même temps une tuméfaction considérable de la muqueuse nasale, surtout du côté droit, et des accès d'asthme. A l'aide de l'anse galvanocaustique, Ziem lui ayant enlevé des deux narines divers fragments du tissu hypertrophié, le rétrécissement du champ visuel rétrocéda, et la congestion papillaire diminua beaucoup, bien qu'on n'eût rien fait contre l'affection rénale. J. B.

Kératalgie traumatique, par GRANDCLÉMENT (*Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'ophtalmologie, An. VI, p.* 145).

A la suite d'un léger traumatisme, frôlement de la cornée par une feuille ou par le doigt d'un enfant, on voit, dans certains cas, survenir de violentes douleurs qui durent plusieurs jours après l'accident; bien qu'il soit impossible de constater la moindre érosion épithéliale, à peine peut-on reconnaître à l'éclairage oblique une très légère nébulosité au niveau du point touché. Ces douleurs reviennent ensuite fréquemment sous forme de névralgies, avec raideur de la paupière, desséchement et sensation de déchirure, le tout se terminant par un écoulement assez abondant de larmes. Ces crises se reproduisent tantôt irrégulièrement, tantôt au contraire deux ou trois fois par an, elle durent alors 3 ou 4 jours en moyenne. L'explication de ce phénomène est difficile; il est

probable qu'il s'agit d'une névrite minuscule se reproduisant sous l'influence de la diathèse rhumatismale. La cocaïne est le seul remède qui calme les douleurs. F. DE LAPERSONNE.

Sur l'étiologie et le traitement de la sclérite, par DUFOUR (*Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'ophtalm., An. VI, p.* 139).

L'origine rhumatismale de la sclérite n'est plus à démontrer; dans certains cas la diathèse urique a une influence incontestable, enfin dans deux observations la sclérite paraissait sous la dépendance de la syphilis. Les relations entre la sclérite et l'astigmatisme sont difficiles à établir, il semble cependant que celui-ci soit plutôt un effet qu'une cause. Parmi les nombreux médicaments qui ont été employés, le salicylate de lithine à la dose de 2 à 3 grammes paraît être le plus actif contre cette affection si rebelle. Panas emploie depuis plusieurs années le salicylate de lithine qui lui avait été indiqué par Vulpian; si ce médicament ne réussit pas toujours, il donne des résultats bien meilleurs que toute autre méthode. F. DE LAPERSONNE.

Della cura della congiunctivite granulosa mediante l'infuso del Jequirity, par V. BASEVI (*Rivista Veneta di Scienze mediche,* 1888).

Pour rechercher quel est l'agent actif du jequirity, ferment, substance chimique ou microbe, on a essayé diverses substances en solution formant avec le jequirity un macéré à 6 0/0 pendant 24 heures. Avec l'acide borique et l'acide salicylique la conjonctivite a paru moins forte qu'avec l'eau ordinaire : en revanche elle a été beaucoup plus forte avec l'acide phénique et le sublimé (1 pour mille) ce qui s'explique par l'action irritante de ces substances sur la conjonctive : donc le jequirity macéré avec une substance antiseptique produit une réaction aussi intense. Si vers le 3e ou 4e jour on transporte sur un autre œil un peu de sécrétion jequiritique, il ne se produit aucune ophtalmie, à peine une légère congestion. Aucun microbe caractéristique n'a d'ailleurs été observé dans le cerveau ou le foie des animaux en expérience, qui cependant avaient eu des tuméfactions ganglionnaires. L'action du jequirity n'est donc pas due à un microbe, mais à un ferment chimique. F. DE LAPERSONNE.

De la contagion de l'ophtalmie granuleuse en Belgique, par VENNEMAN (*Ann. d'ocul., t. CI, p.* 29, *janvier-février* 1889).

Existe-t-il une relation entre l'ancienne ophtalmie militaire d'Égypte et des Pays-Bas et la conjonctivite granuleuse observée actuellement? La première était essentiellement contagieuse, la seconde paraît beaucoup moins contagieuse, d'après Venneman, et semble choisir ses victimes. Sur une centaine de cas d'ophtalmies granuleuses, 72 fois 0/0 la contagion a épargné complètement le reste de la famille et dans le cas d'ophtalmies multiples pas une seule fois l'infection ne s'est étendue à tous les membres de la même famille : elle est aussi très rare entre conjoints, du mari à la femme ou réciproquement. Le trachome actuel semble donc bien différent des granulations de la trop fameuse ophtalmie militaire belge : tout au plus peut-il représenter une forme atténuée par le temps, peu contagieuse et demandant, pour s'inoculer, des conditions

spéciales de débilité générale ou locale. Le microbe spécifique n'ayant pas encore été trouvé dans l'épaisseur même du néoplasme conjonctival, on attend la démonstration absolue de l'identité du trachome actuel et de l'ophtalmie granuleuse commune en Belgique.

F. DE LAPERSONNE.

Essai sur la polycorie, par BAUDRY (*In*-8°, *Paris*, 1889).

Dépendant d'une anomalie de développement ou d'état pathologique, caractérisée par l'existence de plusieurs pupilles ou orifices analogues, la polycorie peut être congénitale ou acquise : l'auteur rapporte deux nouveaux cas de tri et de diplocorie congénitale... Il y a en même temps une pupille normale et des orifices surnuméraires qui ne sont contigus ni au bord pupillaire, ni au bord ciliaire. La structure saine de l'iris, l'absence de toute trace d'exsudation ou de dépôt de pigment, la non-coïncidence d'autres altérations congénitales de l'œil ou d'un autre organe, la conservation dans leur intégrité des fonctions visuelles sont caractéristiques des lésions de ce genre. Il est inutile d'intervenir dans la plupart des cas : l'usage des lunettes sténopéiques pourrait cependant être de quelque utilité dans les cas où la vision serait confuse. La pathogénie est encore obscure, il est difficile d'admettre exclusivement soit l'arrêt du développement pur, soit l'altération pathologique congénitale. Quant à la polycorie acquise, elle est due à un traumatisme accidentel ou chirurgical, quelquefois à un processus inflammatoire atrophique.

F. DE LAPERSONNE.

Quiet iritis, par HUTCHINSON jeune (*Trans. of the opth. Soc. Unit. Kingdom, VIII, p.* 117).

Sous le nom d'iritis tranquille ou insidieuse, il faut entendre cette forme d'inflammation qui ne s'accompagne ni de douleurs, ni de photophobie, ni de congestion ciliaire ou conjonctivale et qui n'est reconnue par le malade que lorsque les adhérences entraînent une diminution notable de l'acuité visuelle; dans certains cas elle est reconnue par hasard par le médecin longtemps après l'attaque. Cette forme se distingue nettement de l'iritis aiguë et même de l'iritis chronique qui s'accompagnent le plus souvent de vives douleurs. Il résulte des observations que l'auteur a recueillies surtout dans la pratique de son père, que cette lésion dépend souvent d'une altération de l'état général; sur 37 cas, 11 étaient dus à une inflammation sympathique, 8 à la goutte héréditaire, 4 à la syphilis, 4 à une légère tendance héréditaire au rhumatisme. Dans les 10 autres cas la cause était douteuse. Il est à remarquer que si l'iritis insidieuse est fréquente dans les cas de manifestations congénitales de la syphilis ou de l'arthritisme, elle est rare au contraire dans la syphilis aiguë et dans les formes ordinaires de rhumatisme. F. DE LAPERSONNE.

Essais de tuberculisation expérimentale du sac lacrymal, par VALUDE (*Congrès de la tuberculose, séance du* 28 *juillet* 1888).

Valude a déjà démontré que la tuberculose de la conjonctive était rare parce que le liquide lacrymal contenait des principes chimiques, ou des microorganismes d'une nature telle que le bacille spécifique de la

tuberculose était, par eux, atteint et détruit. Pour vérifier l'action destructive spéciale du liquide — les larmes, — il a tenté l'inoculation du sac. Aucune des inoculations n'a réussi, il s'est produit des nodules tuberculeux dans le tissu cellulaire circonvoisin, mais rien du côté de la muqueuse qui cependant avait été dilacérée. Il faut vraisemblablement attribuer cette action des larmes à la présence de microorganismes, en particulier aux streptocoques dont la puissance est considérable vis-à-vis du microbe de la tuberculose, et qui est capable d'empêcher la pullulation. F. DE LAPERSONNE.

Primäre Iristuberculose, par FUCHS (*Soc. des méd. de Vienne.* 25 *mai* 1888).

Une fille de 6 ans 1/2 présente sur la moitié interne de l'iris, à droite, une petite tumeur composée de granulations jaune rouge à la surface desquelles on voit de fins vaisseaux ; elle est en contact, sur plusieurs points, avec la face postérieure de la cornée qui est trouble. Elle n'a pas de limites très précises. Il y a des granulations disséminées dans le reste de l'iris. Pas de signe de tuberculose viscérale.

Les lésions se sont développées à la suite de la scarlatine.

Il s'agit là d'une forme intermédiaire entre les deux variétés connues de tuberculose de l'iris, la forme conglomérée (petite tumeur) et la forme disséminée (granulations répandues dans l'iris et iritis).

L'auteur se propose d'énucléer l'œil. L. GALLIARD.

Narbenfibrom der Cornea (Fibrome développé sur une cicatrice de la cornée), par SILEX (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk.*, *août* 1888).

Un enfant de 13 ans raconte que, vers l'âge de 4 ans, il fut atteint d'une inflammation cornéenne, à la suite de laquelle persista un trouble de cette membrane, puis se développa une tumeur, centrale, rosée, lisse, unie, dont la base mesurait 8 millimètres de long, sur 4 à 5 millimètres de large, et 4 millimètres de haut. On excisa la tumeur avec une petite bordure cornéenne de 1 1/2 millimètre ; on enleva le cristallin crétifié, puis on plaça trois points de suture sur les lèvres de la plaie qu'on réunit. Sept mois après, il n'y avait pas de récidive. — L'examen au miscroscope permit de voir qu'il y avait eu, dans le temps, une kératite suppurée suivie de perforation, puis de cicatrice cornéenne diffuse, sur laquelle, en un point circonscrit, il s'était fait une hypertrophie du tissu cicatriciel, avec production de vaisseaux, comme cela se passe toujours dans les cicatrices cornéennes ; enfin, la cicatrice irritée, s'est infiltrée de noyaux fort nombreux, qui ont donné lieu à cette tumeur qu'on a diagnostiquée fibrome. ROHMER.

I. — Ueber Chorio-Retinitis syphilitica und ihre Beziehungen zur Hirnarterienlues (Rapports de la choroïdo-rétinite syphilitique avec la syphilis des artères encéphaliques), par F. OSTWALT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 45, *p.* 910, 5 *novembre* 1888).

II. — Ueber Neuritis optica specifica, par HORSTMANN (*Ibidem*, *n°* 44, *p.* 897, 29 *octobre* 1888).

III. — Ueber specifische Netzhautentzündung (De la rétinite syphilitique), par J. HIRSCHBERG (*Ibidem*, *n°* 46, *p.* 924, 12 *novembre* 1888).

I. — Chez les syphilitiques, généralement de quelques mois à un an après l'infection, peut survenir, avec ou sans iritis, une rétinite centrale, caractérisée par de petits foyers, blanc grisâtre, disposés en grappillons et

siégeant de préférence sur les ramuscules terminaux des artères; parfois on observe en même temps, tout à fait à la périphérie de la rétine, de petites infiltrations analogues et affectant le même siège. Tous ces petits foyers sont extrêmement grêles et d'une teinte gris mat, de sorte qu'on ne les aperçoit qu'avec une grande attention et à un faible éclairage, à l'image droite.

Le plus souvent, il existe simultanément, en différents points de la choroïde, au fond de l'œil, de petits foyers à peine gros comme des têtes d'épingles.

Souvent aussi la région de la macula présente en même temps un léger trouble diffus.

Presque toujours, on constate un petit scotome négatif central, correspondant aux altérations centrales. Souvent aussi, il existe un scotome positif de même configuration. Parfois il y a aussi un léger trouble du corps vitré. L'acuité visuelle n'est le plus habituellement que faiblement diminuée.

Dans les cas récents, les frictions mercurielles amènent une complète guérison.

Ostwalt, vu le siège de ces petits foyers rétiniens sur les extrémités artérielles, les regarde comme le début de la syphilis des artères encéphaliques qui ne se manifeste qu'à une période beaucoup plus tardive.

Il étaye son opinion sur l'identité des lésions constatées dans les vaisseaux rétiniens et dans les artères de l'encéphale, en cas de rétinite et d'artérite cérébrale syphilitiques, ainsi qu'en font foi les faits de J. Hutchinson et Bader, d'Edmunds et Brailey (Ophth. hosp. reports, 1880-82), de Nettleship (*R. S. M.*, XXVIII, 696) et enfin de Deyl (1887).

Dans la discussion, *Schweigger* estime qu'il faut distinguer deux formes de rétinite syphilitique. L'une, faisant partie des manifestations les plus précoces de la syphilis, consiste en un trouble diffus de la rétine au niveau de la papille; l'examen, avec la pupille dilatée, empêche de la confondre avec un trouble pulvérulent du corps vitré.

La deuxième forme, décrite d'abord par de Graefe, appartient aux manifestations syphilitiques tardives et se caractérise par son siège de prédilection au niveau de la tache jaune. On l'a souvent décrite sous le nom de choroïdo-rétinite et cela à bon droit, parce que, sans exception, après la disparition du trouble rétinien, il persiste des altérations du pigment de l'épithélium choroïdien, altérations qui n'entraînent d'ailleurs des troubles visuels marqués qu'autant qu'elles occupent la fovéa.

II. — Les affections syphilitiques du nerf optique sont par ordre de fréquence décroissante : l'œdème de la papille, la névrite descendante, l'atrophie franche et enfin la névrite primitive. Quand l'inflammation syphilitique du nerf optique est due à une gomme de la cavité cranienne, elle se traduit par l'œdème de la papille ou la névrite descendante. Mais l'inflammation peut aussi atteindre le nerf lui-même ou le chiasma.

Horstmann a vu 5 cas de syphilis du nerf optique unilatérale, et 3 cas de bilatérale. Les malades n'étaient pas infectés depuis très longtemps et avaient subi le traitement spécifique.

L'œdème de la papille est presque toujours bilatéral et entraîne presque constamment l'amaurose. La névrite amène aussi une diminution de

l'acuité visuelle, mais elle n'est jamais si marquée que dans l'atrophie consécutive à l'œdème de la papille.

La névrite descendante peut être unilatérale ou double et son pronostic est moins défavorable que celui de l'œdème papillaire.

Quant à la névrite primitive, elle ne part jamais de la gaine du nerf; elle peut être aussi unilatérale ou bilatérale et se rencontre dans les deux sexes.

On peut généralement l'améliorer ou en arrêter les progrès quand l'infection ne remonte pas au delà de un an.

Le pronostic est moins bon quand c'est une lésion syphilitique de l'orbite qui retentit sur le nerf optique; alors ce dernier s'atrophie souvent.

L'œdème de la papille, qui a pour conséquence habituelle, soit l'amaurose, soit une amblyopie considérable, survient, de même que la névrite descendante, à une période plus avancée de la syphilis.

L'affection syphilitique la plus maligne du nerf optique est son atrophie qui est toujours sous la dépendance d'une syphilis cérébrale ou médullaire et qui se termine par l'amaurose (*R. S. M.*, XV, 646.)

III. — Sur 1,000 affections oculaires, on rencontre 3 ou 4 rétinites syphilitiques. La forme la plus habituelle de cette affection, connue d'abord sous le nom de rétinite diffuse, a été ensuite décrite à tort par Foerster (*R. S. M.*, IV, 652) sous celui de choroïdite syphilitique. Il vaut mieux la dénommer choroïdo-rétinite, ou mieux encore panophtalmie syphilitique, car presque toutes les parties de l'œil sont atteintes.

Tout à fait à ses débuts, on ne la découvre guère qu'accidentellement par l'examen ophtalmoscopique. Les malades, en effet, n'accusent d'autres troubles visuels que des points ou des flocons noirs tenant au trouble pulvérulent du corps vitré qui est constant, ou à un pointillé très fin de la cornée qui est très fréquent.

Un symptôme tout à fait caractéristique, c'est un papillotage tenace. Il apparaît de très bonne heure, parfois plusieurs mois avant le début de tout autre trouble visuel et de toute altération du fond de l'œil. D'autre part, il peut persister des mois et même des années après la guérison des autres accidents.

Parfois, les malades voient les objets comme à travers un tamis, ce qui tient à la perte de fonction de quelques cônes du centre de la rétine.

La description des foyers rétiniens, disposés sur les vaisseaux comme des grains sur une grappe de raisin, correspond à celle d'Ostwalt. (Voy. plus haut.)

Dans les cas rebelles ou abandonnés à eux-mêmes, les opacités du corps vitré, et le nombre des foyers rétiniens ne cessent d'augmenter; finalement, le fond de l'œil semble comme pavé. Malgré un traitement mercuriel énergique, les récidives sont fréquentes et, exceptionnellement, au lieu d'obtenir la guérison, on voit le nerf optique s'atrophier, les vaisseaux rétiniens se rétrécir et le fond de l'œil prendre la même coloration que dans la dégénération pigmentée.

Ce qui fait d'autres fois la gravité de la maladie, c'est l'apparition de phénomènes cérébraux, d'attaques apoplectiques survenant chez des individus jeunes et pouvant entraîner la mort.

Contrairement à la rétinite albuminurique, la rétinite syphilitique peut rester unilatérale. Dans des cas rares, on voit, plusieurs années après une

choroïdo-rétinite syphilitique, se produire des hémorragies rétiniennes qui arrivent jusque dans le corps vitré.

C'est à tort que Haab (*R. S. M.*, XXIX, 282) croit avoir le premier constaté à l'ophtalmoscope, l'artérite syphilitique du fond de l'œil. Avant lui, pareille découverte avait déjà été faite, par Liebreich (*Atlas* 1870), par Hock (*Wiener klinik*, 1876) et par Hirschberg lui-même (*Centralbl. f. Augenheilk.*, octobre 1882). (*R. S. M.*, XXIII, 731; XXIV, 690.) J. B.

Étude critique sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des névrites optiques, par PICQUÉ (*Arch. d'ophtalm.*, *VIII*, *n.* 5 *et* 6).

La théorie de Græfe, aussi bien que celle de Manz, ne peut expliquer la formation de la papillite dans la névrite optique ordinaire. Deutschmann s'est appuyé sur la théorie de Manz : refoulement du liquide céphalorachidien dans les gaines du nerf, en y ajoutant le transport de germes infectieux : mais sa théorie ne peut s'appliquer à la généralité des cas. Il est plus probable que l'inflammation, pour engendrer la papillite, se propage par continuité de tissus des méninges à la papille, en passant par le nerf optique, quels que soient le caractère et le siège du processus. Dans les tumeurs cérébrales, tout comme dans la tuberculose et la syphilis méningée, la stase pupillaire serait le résultat de lésions méningées concomitantes. La distinction entre les névrites d'origine cérébrale et les névrites rétrobulbaires, ou d'origine périphérique, n'est pas toujours possible; aussi faut-il, pour le moment, réserver toute tentative de classification. F. DE LAPERSONNE.

Persistent hyaloïd artery, par TANGEMAN (*Arch. of ophthalm.*, *XVII*, *n°* 3, *p.* 270).

Dans la plupart des cas publiés, une partie de l'artère était seulement conservée soit en arrière du côté de l'entrée des vaisseaux rétiniens, soit en avant derrière le cristallin. Dans cette nouvelle observation, le fond de l'œil pouvait être suffisamment éclairé et on distinguait nettement un vaisseau partant du centre de la papille, traversant le corps vitré et aboutissant à la face postérieure du cristallin. Là ce vaisseau se divisait régulièrement et formait un réseau qui se dirigeait vers l'équateur du cristallin. En avant même on distinguait quelques vaisseaux derrière la pupille. Aucune veine n'accompagnait l'artère et il est probable que vers la périphérie du cristallin ces vaisseaux s'anastomosaient avec ceux du corps ciliaire. Contrairement à l'opinion de Galezowski, l'auteur pense que l'artère n'est jamais acccompagnée de veine.

F. DE LAPERSONNE.

I. — Zur operativen Netzhautbehandlung (Traitement chirurgical du décollement de la rétine), par SCHOELER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 8, *p.* 167, 25 *février* 1889).

II. — Traitement du décollement de la rétine, par GALEZOWSKI (*Soc. d'ophtalm. de Paris*, 2 *avril* 1889).

I. — Schœler a guéri cinq décollements rétiniens, en injectant dans le

corps vitré, trois ou quatre gouttes de teinture d'iode. La rétine s'est plus ou moins complètement recollée, et la vision est revenue.

Les seuls accidents, d'ailleurs tout passagers, imputables à ces injections, sont de la conjonctivite, de la chorio-rétinite adhésive et des opacités du corps vitré. J. B.

II. — Galezowski a complètement abandonné l'iridectomie dont les résultats sur le décollement ne sont pas favorables, et qui entraîne la formation rapide d'une cataracte. Après avoir tenté les injections de teinture d'iode (3 ou 4 gouttes) dans la poche sous-rétinienne, il vient d'essayer un nouveau procédé. Pour prévenir les rechutes et faciliter les adhérences avec la choroïde, une suture avec un fil de catgut est passée à travers la portion flottante de la rétine : les fils sont laissés dix jours en place et, passé ce temps, ne sont pas retirés de l'œil, mais seulement coupés à la surface de la sclérotique. Trois malades ont été traités par ce moyen. L'un d'eux a une hémorragie dans la chambre antérieure et un épanchement considérable dans le corps vitré; le résultat est encore incertain chez les deux autres : le résultat opératoire est très satisfaisant : dans un cas, l'acuité s'est notablement accrue, et l'étendue du champ visuel est beaucoup plus grande. L. DE LAPERSONNE.

Des altérations oculaires dans l'hémiatrophie faciale progressive, par KALT (*C. R. Soc. de biologie*, 23 *février* 1889).

Une malade présentait, du côté de l'atrophie, une diminution du globe oculaire, une choroïdite disséminée centrale avec ramollissement du corps vitré et opacités cristalliniennes, des altérations palpébrales. Comme l'hémiatrophie faciale est actuellement rapportée à une lésion du trijumeau, il semble que les altérations oculaires constatées par Kalt doivent reconnaître la même origine. Cette observation confirme ainsi les recherches de Laborde sur les lésions profondes du fond de l'œil, consécutives à la section intra-cranienne du trijumeau. PAUL LOYE.

Zwei kleinere Mittheilungen aus dem Gebiete der physiologischen Optik (Deux petites communications du ressort de l'optique physiologique), par HENSE (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXIV*, 2).

La question de la pathogénie du vertige rétinien n'est pas encore élucidée; l'auteur a observé le fait suivant : Quand on regarde de la fenêtre d'un train en marche les objets qui passent, il semble que les plus proches se meuvent en sens opposé à celui des plus éloignés, de sorte que le mouvement apparent décrit une ellipse. Puis, lorsque après cela on dirige les yeux fermés vers le ciel clair, on voit, comme image secondaire, une figure elliptique tournant autour de la macula qui reste elle-même immobile. L'auteur pense que les fibres nerveuses centrifuges de la rétine jouent probablement un rôle dans le phénomène en question. L'observation d'objets mobiles avec l'œil mobile établirait dans la rétine, au moment de l'arrêt, un courant nerveux opposé au courant précédent. L'œil fermé, bien éclairé, verrait alors ce courant nerveux comme tel. C'est ainsi qu'on s'expliquerait le vertige rétinien sans la participation des muscles, laquelle ne peut être constatée.

D'autre part, l'auteur a observé qu'en regardant à quelques pas de distance une grande devanture bien éclairée, de sorte que les objets

exposés soient bien visibles, sans miroitements de la devanture elle-même, par exemple, trois inscriptions de la même grandeur et couleur, placées l'une au-dessus de l'autre, celles-ci paraissent en avant du plan de la devanture, et être comme suspendues dans l'air. Ordinairement, elles se groupent d'abord en forme d'escalier, de manière que la plus haute inscription se place, en apparence, à 20 ou 30 centimètres derrière la moyenne, celle-ci occupant à peu près le plan de la devanture; la plus basse est à la même distance en avant de ce plan. Tout à coup, sans cause appréciable, la situation peut se renverser, pendant qu'en même temps les distances en profondeur varient un peu.

L'auteur ne peut donner aucune explication de ce phénomène. ROHMER.

Zur Morphographie der Papilla optica, par PELTESOHN (*Centralbl. f. prakt. Augenh., novembre* 1888).

Chez une femme dont l'acuité visuelle est normale, mais qui se plaint d'un peu d'asthénopie accommodative, l'acuité visuelle et le champ visuel sont normaux. L'ophtalmoscope révéla une anomalie de la papille gauche consistant en une tache elliptique située au côté externe de la papille, mesurant comme dimension environ le huitième de la surface papillaire, le grand diamètre de l'ellipse est vertical, et ses extrémités très allongées et aiguës. Le côté interne de l'ellipse est limité par une ligne faiblement pigmentée. Le côté externe, qui se confond avec celui de la papille, est coupé à pic; à ce niveau, l'excavation de la tache s'accentue, tandis qu'elle va en mourant du côté opposé. Le point le plus profond est à 2 millimètres en arrière du plan du fond de l'œil; l'excavation physiologique de la papille n'a qu'un millimètre de profondeur. Des vaisseaux maculaires, l'inférieur affleure l'angle inférieur de l'ellipse; le supérieur apparaît tout à coup à son bord externe. Trois petits vaisseaux surgissent de son bord interne et vont se perdre sur la papille.

L'œil droit présente un aspect ophtalmoscopique absolument normal.

ROHMER.

Extraction eines Eisensplitters aus dem Glaskörper mittelst des Electromagneten (Extraction d'une esquille de fer du corps vitré, à l'aide de l'électro-aimant), par J. HIRSCHBERG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 11, *p.* 219, 12 *mars* 1888).

Hirschberg présente un malade auquel il a retiré, il y a huit ans et demi (*R. S. M.*, XVI, 663), du corps vitré, une esquille de fer, à l'aide de l'électro-aimant. La guérison est restée parfaite et l'acuité visuelle est la même des deux côtés.

Il en est de même d'un homme de 56 ans à qui Hirschberg a fait la même opération à la fin de juin 1884. Chez ce malade, l'esquille de fer, du poids de 25 milligrammes et demi, avait séjourné six mois dans l'intérieur de l'œil.

Enfin un homme de 40 ans, auquel Hirschberg a extrait, il y a quatre ans, un éclat de chaudière du poids de 180 milligrammes, une demi-heure après l'accident, en introduisant l'électro-aimant à travers la plaie scléroticale béante, a un œil d'aspect parfaitement normal et des vestiges suffisants de faculté visuelle.

L'an dernier, Hirschberg a retiré seize corps étrangers oculaires avec l'électro-aimant, dont quatre esquilles de fer du corps vitré et de la rétine.

Chaque fois l'opération a réussi dès la première introduction de l'aimant, alors même que le trouble des milieux rendait le corps étranger invisible.

J. B.

Die Anwendung des Creolin in der Augenheilkunde (**La créoline en ophtalmologie**), par **L. GROSSMANN** (*Wien. med. Presse, n° 31, p.* 1120, 1888).

L'auteur a traité d'abord par la créoline à 1/200 un sujet de 35 ans atteint d'ulcère de la cornée, et chez qui plusieurs médicaments avaient échoué. Dès le second jour l'amélioration produite l'engagea à se servir de la solution à 1/100, après anesthésie par la cocaïne; très rapidement la guérison fut obtenue.

Depuis ce moment, il se servit de la créoline dans les différentes variétés de kératites ulcéreuses, par exemple chez les scrofuleux; quand on pouvait craindre la perforation, par le fait d'un ulcère central, il instillait de l'atropine; quand il y avait ulcère à la périphérie, il combinait l'action de l'ésérine et de la créoline.

Il a obtenu de très bons résultats dans trois cas de kératite ramifiée d'Hansen Grut, ou kératite en sillons étoilés de Gillet de Grandmont.

L. GALLIARD.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

I. — A case of alarming hemorrhage following excision of the tonsils, par **S. E. FULLER** (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 357, *avril* 1888).

II. — Gangrenous tonsillitis, fatal hœmorrhage, par **CRAGIN** (*N. York med. Journ., p.* 233, 1er *septembre* 1888).

I. — Worman D., âgé de 25 ans. 5 heures après l'amygdalotomie hémorragie abondante. Des injections d'eau chaude, et la compression avec de l'ouate ne peuvent l'arrêter. Il n'était pas possible de voir le point exact d'où venait le sang, c'était un écoulement en nappe. On fit la compression avec une sorte de clamp mais elle ne put être longtemps maintenue Ces tentatives durèrent toute une nuit; ce fut alors qu'on se décida à lier la carotide. La ligature n'eut aucun résultat. Des injections d'eau chaude diminuèrent l'écoulement sanguin. Le malade était tellement anémié qu'on eut recours à la transfusion d'eau salée. L'hémorragie complètement arrêtée, le malade revint peu à peu. Deux jours après, il manifeste un grand appétit. La ligature tomba le 21e jour. Un mois après son accident le malade avait réparé tous les effets de son hémorragie. F. VERCHÈRE.

II. — Homme de couleur âgé de 45 ans, affaibli depuis un mois, souffrant de la gorge depuis dix jours, langue humide, pouls à 88, un peu d'œdème des pieds, albuminurie, pas de glycosurie. On ne peut voir le fond de la gorge, mais l'auteur ne signale pas de fétidité spéciale de l'haleine.

Régime lacté; chlorate de potasse pour la bouche. Sept jours après le premier examen, hémorragie foudroyante par le nez et la bouche à la suite du rejet de matières purulentes.

Autopsie. — Poumon et cœur sans lésions. Double néphrite. Pas d'autre lésion viscérale. Large ulcération à la place de l'amygdale droite avec envahissement de la paroi du pharynx avec une eschare à moitié détachée et d'odeur très désagréable; plusieurs artérioles béantes. L. GALLIARD.

Sarcome alvéolaire de l'amygdale, par William GRAY (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 154, *février* 1889).

Enfant de 6 ans examiné le 22 janvier 1888 et présentant à ce moment une augmentation de volume de l'amygdale droite, qui au début fut considéré comme de l'hypertrophie simple. Ce n'est qu'au bout d'un mois que survinrent des troubles de la déglutition, puis de la dyspnée, si bien qu'on fut conduit à enlever une partie de l'organe, qui fut destinée à un examen microscopique.

La fin de février se passe sans grand accident, mais à ce moment les phénomènes s'aggravèrent. Au mois de mars l'enfant prit toutes les apparences de la cachexie, la déglutition était devenue impossible. Au mois de mai la tumeur avait envahi tous les tissus voisins de l'amygdale, et avait par le voile du palais gagné l'amygdale du côté opposé.

L'enfant mourut au mois de juin.

L'examen microscopique du fragment enlevé pendant la vie montre au-dessous de l'épithélium des groupes de cellules rondes, embryonnaires, logées dans un délicat réseau de tissu conjonctif, fibres et cellules conjonctives.

Les cellules contenues dans ces alvéoles ont un volume double des cellules lymphoïdes normales de l'amygdale, elles sont formées d'une mince paroi, contenant un protoplasma finement granuleux, au milieu duquel on trouve de 1 à 4 noyaux, ayant eux-mêmes un ou plusieurs nucléoles. Des vaisseaux sanguins de différents volumes circulent entre les amas de cellules.

L'auteur joint à son travail 20 observations semblables, qu'il a trouvées dans les auteurs. F. VERCHÈRE.

I. — Lymphosarcome de l'amygdale, par SCHNITZLER (*Société des médecins de Vienne, 12 avril* 1889).

II. — Sarcoma of the tonsil, excision par D. W. CHEEVER (*American surg. Assoc.*, 14 *mai* 1889).

III. — Sarcoma of the tonsil, par W. Mac COY (*Med. News*, 2 *février* 1889).

I. — Tumeur de l'amygdale gauche ultérieurement ulcérée et étendue au pharynx, au voile du palais et à l'orifice supérieur du larynx, au point de nécessiter la trachéotomie. Le malade ayant succombé plus tard, on trouva, à l'autopsie, des noyaux sarcomateux dans la rate, les capsules surrénales et l'intestin. LUC.

II. — Homme de 57 ans. Tumeur du volume d'un œuf de dinde, amygdale gauche. Adénite cervicale. Ablation le 17 janvier par incision externe du pharynx, section du maxillaire inférieur avec la scie. Ligature de la faciale et de la veine jugulaire externe. Ablation des ganglions cervicaux. Le 27 avril, une récidive du côté des ganglions nécessite une nouvelle opération. Pas de récidive du côté de l'amygdale. Sarcome à cellules rondes.

Dans la discussion, Agnew dit que sur les 10 ou 11 cas publiés, il ne connaît qu'un cas où il n'y ait pas eu de récidive. On avait fait usage du thermo-cautère.

Van der Veer rapporte un cas chez un homme de 72 ans; ablation par la bouche. Récidive 8 mois après. Mort de pneumonie.

Conner fait connaître deux nouveaux cas, un chez une femme de 26 ans; la maladie était si avancée qu'une opération fut jugée inutile; l'autre chez un homme de 40 ans; récidive trois mois après l'opération.

Richardson a enlevé un sarcome amygdalien par incision externe. Deux ans après, pas de récidive. A. CARTAZ.

III. — Mulâtresse, 55 ans; antécédents cancéreux dans sa famille; une tante et une sœur mortes de cancer du sein. Cette malade vient consulter en mai 1886 pour une inflammation de l'amygdale qu'on prend tout d'abord pour une amygdalite. Persistance des douleurs, tuméfaction de la glande, signes d'une tumeur maligne qui envahit le pharynx, la base de la langue et qui entraîne la mort 10 mois plus tard. Autopsie impossible. Un fragment de la tumeur, enlevé pendant la vie, montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

L'auteur donne une analyse sommaire des cas publiés jusqu'ici, au nombre de dix-huit. A. CARTAZ.

I. — Des concrétions caséeuses des amygdales, par V. GAUTIER, et Discussion de la Société médicale de Genève (*Revue médic. Suisse romande*, *IX*, 21 *et* 52, *janvier* 1889).

II. — Algosis faucium leptothricia (Angine causée par le développement du *leptothrix buccalis* **sur les amygdales), par JACOBSON, de Saint-Pétersbourg** (*Sammlung klin. Vorträge*, *n°* 317).

I. — Gautier rapporte un cas de l'affection décrite d'abord par B. Fraenkel (*Berlin. klin. Woch.* 1873, p. 94) sous le nom de mycose bénigne du pharynx. B. Baginsky en a ensuite publié une observation où il y avait en même temps ozène laryngo-trachéal (*R. S. M.*, X, 645). On doit encore d'autres faits à Klebs (*Archiv. f. experim. Pathol. und Pharm.*, 1876) à Hering (*R. S. M.*, XXV, 325) qui lui a donné le nom de pharyngomycose leptothritique. Les observations francaises du même genre ont été indiquées *R. S. M.*, XXXII, 281.

Gautier a préféré garder la dénomination de concrétions caséeuses qui ne préjuge rien, parce qu'on ignore encore si l'accumulation de leptothrix dans les lacunes amygdaliennes est le phénomène primitif ou n'est au contraire que consécutive à la dilatation des cryptes. J. B.

II. — L'auteur décrit avec beaucoup de détails la forme d'angine parasitaire déjà signalée par Fränkel, par Klebs, Hering, par Baginsky, etc., et qui paraît due au développement du leptothrix dans les cryptes amygdaliennes. Comme traitement il conseille les gargarismes au sublimé à 1 p. 1000 et l'enlèvement mécanique des concrétions. H. B.

Kyste suppuré du sinus ethmoïdal, par OLLIER (*Lyon méd.*, *p.* 344, 3 *mars* 1889).

Garçon de 16 ans ayant depuis plusieurs années une tumeur du nez, déjetant l'œil gauche en avant et en dehors de l'orbite; tuméfaction de la paupière supérieure, saillie hypertrophique des os propres du nez et de l'apophyse montante du maxillaire; fistule, à l'angle interne de l'œil, résultant d'une incision ancienne.

Ostéotomie verticale et bilatérale du nez. On trouve un kyste suppuré des sinus ethmoïdaux avec prolongement dans le sinus frontal et le sinus sphénoïdal. Raclage de la muqueuse, résection d'une partie de la muqueuse et d'un fragment de l'apophyse montante. Suture du nez. L'écoulement nasal se tarit peu à peu. A. CARTAZ.

Zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Antrum Highmori, par **Moritz SCHMIDT** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, *p.* 1012, 10 *décembre* 1888).

Pour diagnostiquer les abcès du sinus maxillaire, Schmidt a recours à la ponction exploratrice qu'il pratique de la façon suivante : Pendant dix minutes, il applique dans le méat nasal inférieur, au-dessous de l'extrémité antérieure du cornet inférieur, un tampon d'ouate imprégné d'une solution de cocaïne à 20 0/0. Puis, avec une seringue à extrémité antérieure recourbée, il soulève un peu l'extrémité antérieure du cornet et enfonce l'instrument obliquement dans la cloison qui sépare la narine du sinus.

Cette opération, à peine douloureuse, n'a aucun inconvénient. Seize fois elle a permis à Schmidt de reconnaître l'existence d'une collection purulente, tandis que dans douze autres cas, la ponction n'a donné qu'un résultat négatif. P. B.

Unilateral incomplete Grave's disease after removal of nasal polypi, par **P. SEMON** (*Clin. Soc. of London*, 12 *avril* 1889).

Semon présente un malade chez lequel l'ablation de polypes muqueux du nez avec l'anse galvanocaustique a provoqué de l'exophtalmie de l'œil droit, 2 jours après l'opération. Cette exophtalmie est exactement celle de la maladie de Graves, mais il n'y a pas d'accélération du pouls et pas de gonflement de la thyroïde. Semon ne trouve pas d'explication décisive pour interpréter cette complication. A. CARTAZ.

Ueber einen Fall von angeborener Gesichtsmissbildung (Malformation congénitale du nez coïncidant avec de la syndactylie et un pied bot), par **Jul. WOLFF** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 2, *p.* 38, *et n°* 4, *p.* 75, 14 *et* 28 *janvier* 1889).

Enfant de 11 mois présentant 3 angiomes à la tête et à la poitrine, plusieurs sillons circulaires d'amputation spontanée des doigts atteints de syndactylie, de l'ectrodactylie avec pied bot du côté gauche, enfin et surtout une difformité de la face des plus singulières.

Le nez se trouve séparé en deux parties par une ligne cicatricielle oblique de droite à gauche et un peu de haut en bas. La partie inférieure est percée des narines, mais elle est si peu saillante qu'elle semble être dépourvue de pointe; en outre le côté gauche est plus aplati que le droit. A un centimètre au-dessus, se voit un corps d'apparence très irrégulière et de consistance cartilagineuse. Examiné par en dessous, on reconnaît qu'on a affaire à la pointe du nez dans laquelle on finit par distinguer deux ailes, une cloison et deux dépressions, sortes de narines borgnes. L'aile droite est moins proéminente que la gauche.

Etendant à cette monstruosité nasale l'explication pathogénétique proposée pour les amputations spontanées et le pied-bot, Wolff pense que cette division du nez en deux portions, l'une antéro-supérieure et l'autre postéro-inférieure, est le résultat d'une bride amniotique. L'extrémité antérieure de la pointe du nez se trouve remontée au niveau du dos de l'organe et la section s'est opérée selon un plan un peu oblique, ce qui explique pourquoi le côté droit du nez est moins volumineux en haut tandis qu'en bas c'est le côté gauche, et vice versa, en sorte que les deux portions se complètent et se correspondent réciproquement.

L'opération tout indiquée consiste à mobiliser la pointe rétractée en

haut, en conservant de chaque côté un pont nourricier, et à aviver le segment inférieur afin d'y rabattre la pointe.

Dans la discussion, Kuester et von Bergmann élèvent des doutes sur la nature de cette anomalie; ils sont disposés à y voir un de ces kystes dermoïdes décrits récemment par Bramann (*R. S. M.*, XXXIII, 701).

Mais l'opération, pratiquée par Wolff en présence de Bramann, a montré qu'il s'agissait bien d'une division congénitale du nez. J. B.

Tuberculose der Nasenschleimhaut (Tuberculose de la muqueuse nasale), par JUFFINGER et HAJEK (*Soc. des méd. de Vienne*, 30 *novembre* 1888).

Le malade de Juffinger, âgé de 21 ans, a la narine droite oblitérée depuis le mois d'avril; en août, il a subi l'extirpation d'une tumeur.

On trouve dans cette narine une tumeur rouge pâle, implantée sur la cloison et sur le plancher, en partie ulcérée, et dont les fragments contiennent de nombreux bacilles de Koch. Il y a en même temps un lupus de la joue et du cou. Traitement de la tumeur nasale par l'extirpation et l'acide lactique.

Le sujet de Hajek a 29 ans; ulcération de la cloison sans bacilles dans les sécrétions. Plus tard, on constate une tumeur de l'arrière-cavité avec des ulcérations fournissant des bacilles tuberculeux; extirpation, cautérisation à l'acide lactique, cicatrisation en cinq semaines. Mais quatre semaines plus tard, sur l'ulcération de la cloison s'implante une tumeur du volume d'une noisette qu'on extirpe mais qui récidive après quelques semaines. De nouvelles excroissances apparaissent ensuite : le traitement local paraît donc peu efficace.

(Voyez même sujet, par Cartaz, *R. S. M.*, XXXII, 277.) L. GALLIARD.

I. — Ueber das Wesen der Ozaena nebst einigen Bemerkungen über Epithelmetaplasie) par Karl SCHUCHARDT (*Samml. klin. Vorträge*, n° 340.)

II. — Sur une nouvelle méthode de traitement de la rhinite atrophique et de l'ozène, par A. RUAULT (*Arch. de laryng.*, *avril* 1889).

I. — O. Schuchardt ne considère pas les différentes théories émises au sujet de l'ozène comme satisfaisantes. Il existe, d'après lui, un ozène vrai, qui ne tient ni à des altérations spécifiques, ni à l'élargissement des fosses nasales, mais bien à une métamorphose de l'épithélium de la muqueuse qui de cylindrique se transforme en épithélium pavimenteux. Cette transformation des cellules forme une véritable couche épidermidoïde dont les cellules accumulées se nécrosent, se putréfient et donnent naissance à ces amas de mucosités et de croûtes. Dans certains cas, on voit cette transformation aboutir à une lésion plus grave, l'épithélioma.

II. — Ruault a obtenu de très bons résultats du traitement suivant. Après lavage et nettoyage minutieux des fosses nasales, il badigeonne la muqueuse avec une solution de vaseline et de naphtol camphré; puis chaque jour, après le lavage, il fait pratiquer une pulvérisation (à l'aide d'un appareil nouveau, en verre) de vaseline liquide tenant en dissolution une certaine proportion de ce naphtol (0,10 0/0). Ruault emploie également la créoline en badigeonnages. Ces pulvérisations de vaseline entretiennent une certaine humidité dans le nez et modifient très rapidement les sécrétions, et on peut, en peu de temps, diminuer la fréquence des irrigations. A. CARTAZ.

Syphilitic fibroid degeneration of the nasal passages and pharynx, par J. Noland MACKENZIE (*Journal of laryngol., avril* 1889).

Dans cette courte note, Mackenzie appelle l'attention sur la transformation fibroïde qu'on peut observer sur la muqueuse nasale, notamment sur celle des cornets inférieurs, comme manifestation de la syphilis tertiaire. Les tissus glandulaire et érectile sont transformés en une masse dense de tissu fibreux qui différencie nettement cet état de l'hypertrophie chronique ordinaire. A. C.

Nasal meningocele, par ABRAHAM (*West London med. chir. Soc., 1er février* 1889).

Homme de 31 ans. La méningocèle occupe la plus grande partie du nez descendant au-dessous des os du nez. Le volume n'a pas changé depuis la naissance. Il y a 6 ans, le malade reçut un coup sur le nez et eut de l'inflammation consécutive. Un chirurgien ponctionna alors la tumeur ; il s'écoula un peu de sang et de l'eau. A. C.

Zur Ætiologie des Rhinoscleroms, par DITTRICH (*Centralblatt für Bakt., n° 5,* 1889).

Dittrich arrive à cette conclusion que le bacille qu'on trouve dans le rhinosclérome est absolument distinct du bacille de Friedländer, contrairement à ce qu'admettent d'autres auteurs. Voici, en effet, quelles sont les différences constatées entre ces deux micro-organismes : le bacille du rhinosclérome se développe, il est vrai, très rapidement sur la gélatine, même à la température de la chambre, sous l'apparence d'une culture en forme de clou ; mais, la tête du clou est grisâtre, transparente et ne prend pas l'apparence de la porcelaine comme le bacille de Friedländer. Les cultures faites sur d'autres milieux ne présentent rien de caractéristique.

La coloration du bacille du rhinosclérome est extrêmement facile, mais il faut, pour que la capsule qui l'enveloppe soit bien distincte, se servir de solutions colorantes faibles; cette capsule très visible lorsque les bacilles proviennent d'une culture sur gélatine ou sur agar, ne se développe plus lorsque la culture a été faite dans le bouillon. La disposition des bacilles eux-mêmes dans l'intérieur de la capsule est assez caractéristique : tandis que les bacilles de Friedländer, lorsqu'ils sont au nombre de deux ou trois renfermés dans une seule capsule, sont placés bout à bout, ceux du rhinosclérome sont, au contraire, parallèlement disposés.

L'extrême facilité avec laquelle se colore le bacille du rhinosclérome, non seulement avec des couleurs d'aniline, mais avec le carmin, l'hématoxyline, sa non-décoloration par la méthode de Gram, sont autant de caractères distinctifs.

Quant aux inoculations, faites suivant divers procédés, inoculation sous-cutanée, injection intrapleurale, etc., elles ont été *toutes* négatives.

Dittrich conclut donc à la non-identité des deux micro-organismes ; il pense que le bacille encapsulé que l'on trouve dans le rhinosclérome est bien le micro-organisme pathogène de cette singulière lésion ; si les inoculations ont été négatives, le fait peut s'expliquer aisément, puisque

cette maladie n'a jamais été observée chez les animaux; ils sont, comme pour d'autres maladies de l'espèce humaine, entièrement réfractaires.

W. OETTINGER.

I. — Du catarrhe chronique des fosses nasales; traitement par la galvanocaustie chimique, par GARRIGOU-DÉSARÈNES (*In*-8°, *Paris*, 1888).

II. — Du traitement de l'ozène vrai, par E. MARTIN (*Thèse de Paris*, 1889).

III. — L'ellettrolisi o elettro-caustica chimica nelle malattie delle cavita nasali, par V. COZZOLINO (*Morgagni*, *mars* 1889).

I. — Dans ce travail, l'auteur étudie les diverses affections du nez, comprises sous le nom de catarrhe (rhinite atrophique, hypertrophique, etc.). Il s'étend longuement sur la thérapeutique la plus favorable à la guérison de ces états, la galvanocaustie chimique. Un chapitre est consacré à l'exposé détaillé de sa méthode, du mode d'application des électrodes, de l'intensité du courant, etc. Cette méthode convient dans la rhinite hypertrophique, dans l'ozène, les tumeurs adénoïdes. Garrigou-Désarènes l'emploie également pour combattre l'obstruction de la trompe d'Eustache.

II. — Martin publie un certain nombre d'observations d'ozène essentiel dans lesquelles la guérison aurait été obtenue par les pansements à l'ouate imprégnée d'une solution iodée, et d'autres où l'on a employé avec succès la galvanocaustie chimique.

III. — Dans ce travail, Cozzolino recommande l'emploi de l'électrolyse dans différentes affections du nez, du pharynx et de l'oreille. Après avoir rappelé les travaux des auteurs italiens et français sur cette question, il décrit l'appareil dont il se sert (appareil de Chardin) et donne les indications de cette méthode dont il a obtenu de très bons résultats, notamment dans les hypertrophies de la muqueuse des cornets; pour compléter la cure radicale des végétations adénoïdes après l'ablation avec la pince et des polypes muqueux du nez, une fois les polypes enlevés au serre-nœud. Cozzolino trouve, dans ce dernier cas, l'électrolyse préférable à la cautérisation au galvano-cautère. Cette méthode trouve encore son application dans quelques lésions de l'oreille, engorgements chroniques, sténoses cicatricielles, etc.

A. CARTAZ.

Zur Technik der Rhinoplastik, par V. CZERWINSKI (*Cent. f. Chir.* n° 8, *p.* 129, 1889).

Ce procédé est destiné à refaire un squelette au nez. On taille sur le front un lambeau ovale comprenant le périoste, et dont le pédicule est disposé comme dans les anciennes opérations, le lambeau étant détaché, on le plie en son milieu, de telle façon que son extrémité soit ramenée au niveau du pédicule, et le périoste appliqué au périoste. Le lambeau ainsi plié prend la forme d'un triangle isocèle, dont la base est au niveau du pli et dont le sommet correspond au pédicule. Les autres temps de l'opération, que l'auteur ne décrit pas, sont renvoyés au moment où les surfaces périostales ont contracté des adhérences intimes l'une avec l'autre, ce procédé n'a pas été employé sur le vivant.

PIERRE DELBET.

Antipyrine in the nasal passages, par F. W. HINKEL (*N. York med. journ., p.* 429, 20 *octobre* 1888).

On peut arrêter l'épistaxis en pulvérisant dans les fosses nasales une solution d'antipyrine à 1/30, mais l'effet n'est pas meilleur que celui de la cocaïne. Les mêmes pulvérisations réussissent dans les cas de coryza aigu, d'irritations diverses de la muqueuse nasale, d'engorgement des cornets; l'avantage de l'antipyrine sur la cocaïne est de ne pas déterminer de phénomènes généraux.

Même succès dans la pharyngite et l'amydalite aiguës.

Très bons effets dans 4 cas de fièvre de foin qui avaient résisté à une foule de remèdes.

Les propriétés antiseptiques et stimulantes du médicament le rendront utile dans le traitement des plaies récentes, des granulations et des ulcérations des fosses nasales. On pourra souvent le mélanger avec la cocaïne. L. GALLIARD.

Der Musculus crico-thyroïdeus, par KIESSELBACH (*Monats. f. Ohrenheilk., n°* 3, *p.* 58, 1889).

Kiesselbach considère ce muscle comme tenseur des cordes vocales. Pendant sa contraction qui est proportionnelle à la hauteur du son émis, le cartillage cricoïde exécute un mouvement de rotation autour de son axe transversal par suite duquel sa partie antérieure s'éloigne des cartillages aryténoïdes. LUC.

A new and only way of raising the epiglottis, par Benjamin HOWARD (*Brit. med. j., p.* 1103, *novembre* 1888).

Voici les conclusions qui découlent de cette étude expérimentale et clinique :

1° Contrairement à l'opinion généralement admise la traction de la langue n'élève pas l'épiglotte.

2° En redressant suffisamment la tête et le cou, activement ou passivement, l'épiglotte est élevée instantanément.

3° L'extension de la tête et du cou font disparaître comme cause d'obstruction respiratoire le larynx, le voile du palais et l'épiglotte.

4° En cas de syncope, ce procédé est donc le meilleur à employer pour rétablir la perméabilité des voies aériennes. H. R.

Contribuzione alla patologia e chirurgia della regione ipo-glottica della laringe par TRIFILETTI (*Arch. ital. di laryng., fasc.* 2, *p.* 49, 1889).

Trifiletti consacre d'abord quelques lignes à l'anatomie de cette région, insistant sur les modifications de forme qu'y déterminent les divers degrés de tension de la membrane crico-thyroïdienne et sur l'influence de ses changements sur la phonation.

Il insiste aussi sur l'étroitesse naturelle de cette région et sur la facilité avec laquelle les processus inflammatoires peuvent y déterminer de la sténose par l'infiltration du tissu cellulaire lâche, sous-jacent à la muqueuse de la face inférieure des cordes vocales.

La muqueuse de la portion inférieure ou cylindrique de la même région adhère au contraire étroitement aux parties sous-jacentes.

Des diverses affections susceptibles de se montrer dans la région hypo-glottique sont : la laryngite catarrhale, la syphilis, la tuberculose, la laryngite hyperplastique, la blennorrhée de Stœrck, l'ozène, le rhinosclérome, enfin les tumeurs.

L'auteur cherche à mettre en relief les caractères spéciaux présentés par les divers processus dans la région en question. LUC.

Note sur un cas de fièvre typhoïde avec nécrose symétrique des deux cartilages aryténoïdes et abcès du poumon, par BRULH (*Gaz. hebd. de méd. et de chir., juillet* 1888).

Histoire d'un malade qui, dans le second septenaire d'une fièvre typhoïde, d'intensité moyenne, présenta des accidents laryngés à marche aiguë qui nécessitèrent bientôt la trachéotomie. Après une rechute grave, des accidents pulmonaires survinrent. Ces accidents évoluèrent sans bruit, sans grande réaction, et la mort ayant été amenée par un accès de suffocation inattendu, on trouva d'une part un vaste foyer de gangrène laryngée, d'autre part des abcès du poumon.

Ce fait est remarquable par l'apparition précoce et la marche très rapide du laryngo-typhus, par l'évolution pour ainsi dire silencieuse de la lésion pulmonaire. RICHARDIÈRE.

Zur Pathologie der submucösen Larynxerkrankungen (Laryngite sous-muqueuse suppurée limitée à l'épiglotte), par J. JÜRGENSMEYER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 11, *p.* 225, 18 *mars* 1889).

Femme de 32 ans, prise brusquement de brûlure dans la gorge avec sensation de corps étranger et irradiations douloureuses vers l'oreille gauche, sans fièvre ni frissons. Voix légèrement enrouée, à peine d'oppression. Gonflement des ganglions cervicaux. Côté gauche du larynx douloureux à la pression.

Infiltration œdémateuse considérable de l'épiglotte, surtout de la moitié gauche, œdème du cartilage aryténoïde gauche. Cordes vocales supérieures et paroi laryngée postérieure rouges et tuméfiées. Cordes vecales inférieures tout à fait blanches. Submatité et expiration rude au sommet du poumon gauche.

Le lendemain, on distingue sur la partie droite de la face buccale de l'épiglotte deux vésicules ombiliquées, jaunâtres, grosses comme des pois, dont l'un tend déjà à s'ulcérer.

Le surlendemain, les saillies vésiculeuses ont fait place à deux petits foyers de mortification atteignant en profondeur le cartilage; l'œdème du cartilage aryténoïde gauche a disparu. Voix claire mais parole un peu pâteuse. Ni dyspnée, ni dysphagie notable.

Le jour suivant, on constate sur la partie droite de la face buccale de l'épiglotte cinq lambeaux gangréneux. Légère gêne de la déglutition. Le cinquième jour, les points mortifiés se sont réunis en formant une plaque gris verdâtre, à odeur fétide. Outre l'ulcération profonde de l'épiglotte, on aperçoit deux autres ulcères, l'un sur le repli pharyngo-épiglottique gauche, l'autre sur la paroi latérale droite du pharynx. Les pressions exercées sur le côté gauche du larynx ne sont plus douloureuses. Le neuvième jour, la tuméfaction de l'épiglotte commence à diminuer en même temps que les ulcérations se réparent. Statu quo des ulcères du repli pharyngo-épiglottique et de la

paroi droite du pharynx. La muqueuse du larynx, sauf celle des vraies cordes vocales, est toujours rouge et un peu gonflée. Guérison quelques jours plus tard. J. B.

Mediane Laryngocele, par MADELUNG (*Cent. f. Chir.*, *n°* 49, *p.* 914, 1888).

Cette affection n'a pas encore été décrite. Un jeune homme de 20 ans, en apparence bien portant, présentait une tumeur grosse comme une pomme, s'étendant de l'os hyoïde au cartilage cricoïde, manifestement remplie d'air et communiquant avec le larynx. Cette tumeur était brusquement apparue huit jours auparavant pendant un violent effort de toux. L'opération a permis d'étudier sa structure et ses connexions. La communication avec le larynx se faisait au moyen d'une fente étroite, longue d'un centimètre et demi, qui passait entre les deux lames du cartilage thyroïde. La paroi antérieure du larynx était dans toute l'étendue correspondant à la tumeur, aplatie et déprimée de dehors en dedans. L'examen microscopique a révélé dans la paroi du sac l'existence de tubercules miliaires. On n'a pas trouvé de bacilles. L'examen laryngoscopique à permis de reconnaître une tuberculose au début. Madelung pense qu'il existait un diverticule congénital du larynx ; ce diverticule se serait subitement accru sous l'influence de la toux. La tuberculose serait secondaire. PIERRE DELBET.

Pseudostimme nach Exstirpation des Kehlkopfes (Pseudo-voix après extirpation du larynx), par STRÜBING (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 52, *p.* 1061, 1888).

Il y a des sujets qui, après l'extirpation du larynx et la suppression de toute communication entre la trachée et la bouche, peuvent encore parler à haute voix. C'est que, d'une part, il existe chez eux, à la place du larynx, sous la base de la langue, une cavité qui sert de sac à air comme le feraient les poumons, et qui fournit, sous l'influence des contractions musculaires, le courant d'air nécessaire à l'émission des sons; d'autre part la base de la langue en se rapprochant de la paroi postérieure du pharynx limite un espace rétréci, une fente comme la fente glottique. Pour ce qui concerne la formation des voyelles et des consonnes, elle s'effectue dans les conditions normales.

L'auteur a observé un exemple remarquable au point de vue de la production de la pseudo-voix. Le sujet, opéré par Schmidt, parle assez haut pour se faire entendre à une grande distance. Mais il ne peut parler longtemps : quand il a dit quelques mots, sa provision d'air est épuisée ; il relâche alors les muscles du pharynx, le styloglosse, le stylohyoïdien et tous les muscles qui ont servi à chasser l'air, et l'air se précipite avec un bruit appréciable dans la cavité rétrolinguale.

Si l'on appuie sur la base de la langue avec une cuiller, ou si l'on attire la langue au dehors, le mécanisme de la pseudo-voix est gêné ; le sujet ne parle plus.

Les parties qui limitent la fente buccale étant privées de vibrations, la pseudo-voix est monotone.

L'auteur a pu se convaincre que le voile du palais ne jouait aucun rôle dans la production de la pseudo-voix.

Le sujet parle beaucoup mieux qu'il ne pourrait le faire avec les larynx artificiels connus. Ce fait est encourageant pour les opérés qui, par l'exercice, peuvent obtenir de tels résultats. L. GALLIARD.

Die Durchleuchtung des Kehlkopfs und anderer Höhlen des menschlichen Körpers (De l'éclairage, à travers les tissus, du larynx et autres cavités du corps humain), par VOLTOLINI (*Monatsch. f. Ohrenheilk., p.* 299, *novembre* 1888).

Les téguments et une certaine épaisseur des tissus sous-jacents sont susceptibles de se laisser traverser par les rayons lumineux. Ce principe, appliqué depuis longtemps par les chirurgiens au diagnostic de l'hydrocèle, pourrait aussi, d'après Voltolini, être utilisé en laryngologie; la projection d'un cône lumineux suffisamment intense sur la face antérieure du corps permettant d'éclairer la cavité laryngée et de noter certains détails qui échapperaient à l'examen pratiqué avec la lumière réfléchie.

C'est ainsi que l'on pourra, d'après l'auteur, s'assurer si une tumeur implantée sur le bord d'une corde vocale est, ou non, en continuité profonde de tissu avec elle, détail important au point de vue de l'hypothèse de la malignité. LUC.

Ueber luetische Stenose der Trachea und der Bronchien, par A. SOKOLOWSKI (*Berlin. klin. Woch.*, n° 10, *p.* 209, 11 *mars* 1889).

Les deux observations de syphilis trachéale, rapportées par Sokolowski, offrent la particularité de s'être compliquées de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs.

1er *cas.* Homme de 19 ans, atteint depuis trois ans, à la suite d'un refroidissement, de gêne constante de la respiration qui a augmenté peu à peu et depuis trois mois, empêche tout travail; en même temps ont commencé des accès de suffocation. Aucun antécédent morbide; parents bien portants; une sœur est morte à 12 ans de laryngite suffocante? — Sifflement inspiratoire perceptible à distance. Voix nette. Rien dans le nez et dans le larynx, sauf l'immobilité des cordes vocales. Léger catarrhe bronchique. La trachéotomie ne fait pas cesser immédiatement la dyspnée. Deux semaines plus tard accès de suffocation durant plusieurs heures. Mort dans un nouvel accès le lendemain soir. Autopsie. Muqueuse bucco pharyngée normale. Muscles du larynx intacts à l'examen microscopique. Parois trachéales rigides ayant le double ou le triple de leur épaisseur normale; elles sont formées d'un tissu fibreux, presque cicatriciel; le tissu cartilagineux n'est distinct qu'en avant et latéralement. La face interne de la trachée est inégale, granuleuse et parsemée de petites cicatrices étoilées blanchâtres. On retrouve le même aspect, non seulement dans toute l'étendue de la trachée mais en outre dans la moitié supérieure de la bronche droite et dans la totalité de la bronche gauche. Il n'existe plus que quelques îlots d'épithélium sur une seule couche. En beaucoup d'endroits, toute la muqueuse est détruite. Sous le microscope, on reconnaît qu'à l'exception des cartilages, tous les éléments de la trachée sont infiltrés de petites cellules analogues aux cellules migratrices. L'infiltration diminue d'intensité de dedans au dehors. En amont et en aval de la trachée ulcérée, la muqueuse de la partie inférieure du larynx et celle des bronches sont épaissies, inégales, granuleuses et infiltrées de cellules lymphoïdes. Les altérations augmentent graduellement, se continuent insensiblement avec les ulcérations dont les limites ne sont pas visibles à l'œil nu. Les parois trachéales ne contiennent ni bactéries ni cellules géantes. Tout le calibre de la trachée est considérablement rétréci par l'épaississement des parois. Les bronches les plus fines sont couvertes de mucosités épaisses. Poumons sains à part un peu d'emphysème. Ganglions bronchiques durs et hypertrophiés. Nerfs récurrents entourés d'un gangue dure formée par les ganglions cervicaux très augmentés de volume. Rien dans les autres viscères.

La double circonstance que les premiers symptômes de syphilis trachéale remontaient à l'âge de 16 ans et qu'une jeune sœur du malade a succombé asphyxiée, autorisait à admettre ici une syphilis héréditaire.

2e *cas*. Homme de 56 ans ayant contracté la syphilis il y a 20 ans. Depuis trois mois, apparition de nombreuses ulcérations sur le corps, en même temps que de toux sèche et d'oppression continue. Stridor perceptible à distance, 34 respirations, 120 pulsations sans fièvre. Ulcères profonds, en partie revêtus de croûtes sur le cuir chevelu, l'omoplate droite, la face antérieure des bras et les hanches. Exostoses du tibia. Amaigrissement et faiblesse intenses. Voix à peine enrouée. Cordes vocales presque immobiles. Expectoration muco-purulente renfermant de nombreux globules de pus et de l'épithélium pulmonaire graisseux. Trachéotomie nécessitée par un accès de suffocation, mais n'apportant qu'une amélioration passagère. Un traitement spécifique pendant deux mois n'a d'efficacité que sur les ulcérations. Mort neuf mois après le début de la toux, par hémoptysie foudroyante; pas d'autopsie. (*R. S. M.*, V, 628; XIII, 651; XXII, 271; XXVIII, 306 et 719; XXXI, 610.)

J. B.

Removal of a tubercular tumor of the larynx by laryngo-pharyngotomy, with demonstration of cases, par Arpad GERSTER (*New York med. record, p.* 366, 6 *avril* 1889).

Homme de 29 ans, atteint de bronchite chronique depuis de nombreuses années. En 1886, il avale une arête de poisson et garde de la douleur dans la bouche pendant quelques jours. En 1888, dysphagie des solides, puis des liquides, avec dyspnée croissante et toux rauque. Condensation des deux sommets. Dans le larynx, tumeurs du volume d'une amande occupant le côté gauche du cartilage aryténoïde et du ventricule correspondant et s'étendant jusqu'à l'orifice supérieur du larynx. La muqueuse est hyperémiée mais paraît saine.

Opération le 19 octobre 1888, trachéotomie puis thyrotomie et section de l'hyoïde. Extirpation de la tumeur, du segment correspondant du cricoïde, de la partie postérieure de la corde vocale gauche et de l'aryténoïde; sutures au catgut, iodoforme, placement de la canule et suture aux fils d'argent, sonde œsophagienne à demeure. Guérison rapide, reste une fistule au niveau du cricoïde fermée par la méthode de Szymanovski dans une opération ultérieure. La dyspnée, la dysphagie ont cessé, mais les lésions pulmonaires progressent. L'examen de la tumeur montre des cellules géantes et des bacilles.

P. DUFLOCQ.

Report of a case in which a large-headed brass shawl pin... (Epingle de châle logée dans la trachée pendant 10 jours, trachéotomie, ablation, etc.), par H. R. WHARTON (*Med. News*, 13 *avril* 1889).

Fillette de 4 ans, amenée à l'hôpital pour des accès de dyspnée provoqués par une épingle de châle, en cuivre, à grosse tête. Trachéotomie pratiquée le dixième jour par Ashhurst. Hémorragie extrêmement abondante avec rejet de caillots et de masses fibrineuses épaisses. Quelques heures plus tard, l'hémorragie reparaît formidable, la dyspnée est très marquée. On enlève la canule et on retire avec une pince, de la trachée, un énorme caillot fibrineux; en explorant ensuite la trachée, on fut assez heureux pour retirer l'épingle. Guérison, l'expectoration sanglante et fibrineuse dura encore six jours.

A. CARTAZ.

Abscess of the lung following the retention of a nail in the bronches for a year par Hobart CHEESMAN (*New York med. record, p.* 290, 16 *mars* 1889).

Enfant de 3 ans est présenté à l'auteur, le 25 septembre 1887, comme ayant

la veille avalé un clou qu'on lui avait donné pour jouer. Peau chaude et moite, quintes de toux fréquentes, expectoration purulente. L'examen montre dans la partie moyenne du poumon droit un foyer de râles muqueux abondants. La toux continua les jours suivants; puis expulsion d'un caillot sanguin. Après une période de calme, la toux reprit pour ne plus cesser. Six ou huit mois plus tard, l'expectoration est abondante, l'enfant faible et amaigri par la fièvre, quintes de toux par crises. Dans l'une d'elles, le père saisit l'enfant par les jambes, lui met la tête en bas et frappe vigoureusement entre les deux épaules. Il le remet sur ses jambes, l'enfant paraît avoir quelque chose dans la bouche et le père avec son doigt retire le clou rouillé et couvert de mucus. Par la suite, la toux diminua, mais l'expectoration resta purulente, des signes de septicémie survinrent et l'enfant succomba. Pas d'autopsie. P. DUFLOCQ.

Ein weiterer Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen (Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes), par JUFFINGER (*Monats. f. Ohrenheilk.*, *p.* 80, *n°* 4, 1889).

Une jeune fille de 20 ans laisse pénétrer un fragment de caroube dans ses voies aériennes, pendant un accès de toux. A partir de ce moment, sensation douloureuse dans la moitié droite du cou. Examen du larynx et de la trachée négatif. Ultérieurement développement d'un foyer pneumonique au sommet du poumon droit avec fièvre et expectoration fétide, puis apparition d'un emphysème sous-cutané dans la région claviculaire.

Quatorze jours après l'accident, expectoration du corps étranger. Cependant les symptômes pulmonaires, au lieu de disparaître, font place insensiblement à des manifestations de tuberculose pulmonaire avec présence du bacille de Koch dans l'expectoration. LUC.

Intubation of the larynx in diphteritic croup, par Dillon BROWN (*N. York med. journ.*, 9 *mars* 1880).

Brown analyse, dans ce travail, les 200 cas de diphtérie qu'il a traités par le tubage, 87 garçons, 113 filles. L'âge moyen des guéris est de 4 ans 5 mois; des morts 3 ans 2 mois. Les 200 cas ont donné 54 guérisons. La mort a été causée par l'extension de la diphtérie aux bronches dans 63 cas; septicémie, 24; pneunomie, 15; épuisement, 11; néphrite et convulsions, 11; syncope, 8, etc... Brown donne dans un tableau le résumé de tous les cas de tubage pratiqués jusqu'ici; le total s'élève à 2,368 avec 647 guérisons. A. CARTAZ.

Ein Fall von endgüttiger Heilung... (Résultats favorables d'une extirpation de larynx cancéreux pratiquée depuis plus de 4 ans), par SCHEDE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 4, *p.* 61, 1889).

Une femme de 56 ans se présente au début de 1884 avec les signes d'un cancer du larynx; au mois d'avril elle a des troubles respiratoires qui nécessitent la trachéotomie.

Le 24 juin 1884, extirpation de la totalité du larynx, sauf l'épiglotte; on enlève aussi le premier anneau de la trachée. On laisse une canule ordinaire dans la trachée, après l'avoir entourée d'un tampòn à la gaze iodoformée; au-dessus d'elle on suture la peau de façon à former un pont de deux centimètres entre l'ouverture trachéale et l'ouverture pharyngienne; on introduit enfin une sonde dans l'œsophage. Pansement iodoformé.

Les plaies ne guérissent complètement qu'à la fin de juillet. L'opérée part le 17 août.

Elle revient le 10 octobre pour subir l'extirpation d'un nodule gros comme un pois. Depuis cette époque son état est absolument satisfaisant. Elle a engraissé, pris des couleurs. La déglutition des liquides et des solides s'effectue sans accident. Grâce au larynx artificiel qu'elle porte, elle se fait parfaitement comprendre.

A côté de ce beau succès, l'auteur publie deux cas où la guérison parut d'abord acquise mais où les récidives emportèrent les opérés.

Il critique les statistiques de Mackenzie dont il conteste la sincérité.

L. GALLIARD.

Del crup e della tracheotomia, par Adolfo PAGGI (*Boll. delle mal. dell'orrechio, janvier* 1889).

Paggi a pratiqué 25 fois la trachéotomie pour des cas de croup et il a obtenu le résultat encourageant de 12 guérisons. A signaler les observations suivantes :

Observation 9. — L'ouverture de la trachée fut rendue difficile par la présence d'une fausse membrane très étendue siégeant au point de l'incision,

Observation 10. — Mort d'hémorragie secondaire grave; à l'autopsie large ulcération perforante de la trachée à 3 centimètres au-dessous de la plaie.

Observations 16 et 17.—Ablation de la canule, retardée par des bourgeons granuleux développés au niveau de la plaie trachéale. Incision de la trachée, ablation du granulome, cautérisation au thermo-cautère. Guérison.

A. CARTAZ.

De la trachéotomie; des causes de la mort pendant l'opération, par A. DUBOIS (*Thèse de Paris*, 1889).

Dubois a surtout en vue la trachéotomie pratiquée dans les cas de croup; il examine les accidents dus aux incisions latérales ou incomplètes, au décollement de la muqueuse trachéale (une observation inédite), à la perforation de la trachée de part en part (3 cas inédits), aux hémorragies, au refoulement des fausses membranes dans la trachée, à l'emphysème sous-cutané, à la syncope, l'asphyxie, etc. A. CARTAZ.

Tracheotomy, ulceration of the tube through the trachea into the innominate artery, par E. MAYLARD (*Annals of Surgery, p.* 192, *mars* 1889).

Un enfant de 8 ans était porteur d'un abcès dorsal cervico-spinal, qui, comprimant l'œsophage et la trachée, nécessita, le 23 mai, la trachéotomie. Une canule fut introduite, mais elle était trop courte pour dépasser l'obstacle situé au-dessous, et dut être remplacée par une sonde de gomme élastique qu'on enfonça de deux pouces et demi. Le 24 juin, on put laisser à demeure un tube vulcanisé, de même longueur. L'état général s'était beaucoup amélioré, lorsque, le 18 octobre, survint une hémoptysie profuse, qui, en quelques heures, détermina la mort.

L'artère innominée est adhérente à la trachée : sur la trachée, à un pouce de sa bifurcation, est un ulcère avec une ouverture conduisant dans le tronc innominé. MAUBRAC.

Ueber congenitale Membranbildung im Larynx (Des membranes congénitales du larynx), par Otto SEIFERT (*Berlin. klin. Woch., n°* 2, *p.* 24, 14 *janvier* 1889).

C'est un complément à l'observation de Seifert et Hoffa (*R. S. M., XXXII*, 652) :

Le père de la jeune opérée a une voix parfaitement normale et n'a jamais été enroué. Néanmoins, le laryngoscope révèle qu'au niveau de leur commissure antérieure, les cordes vocales inférieures sont unies sur une longueur de 3 ou 4 millimètres par une membrane lâche qui ne gêne ni la phonation ni la respiration.

La mère et un fils qu'elle a eu d'un premier lit n'offrent aucune anomalie du larynx. En revanche, les deux sœurs de la jeune malade ont hérité, comme elle, de l'anomalie paternelle. Celle âgée de 12 ans a une voix claire et nette et n'a jamais eu ni raucité ni gêne respiratoire. Cependant, à l'examen laryngoscopique, on constate, à peu près dans la même étendue que chez le père, au niveau de la partie antérieure des cordes vocales inférieures, une soudure membraneuse; du bord postérieur concave et tranchant de cette membrane, partent des prolongements grêles se dirigeant en arrière le long du bord libre des cordes vocales.

La sœur âgée de 7 ans a toujours eu la voix un peu rauque et s'essouffle rapidement en courant; les inspirations profondes s'accompagnent d'un léger sifflement. Sur la moitié antérieure des cordes vocales inférieures, est tendue une membrane mince sur laquelle on distingue par transparence quelques fins vaisseaux. Quand la respiration est calme, la membrane est concave postérieurement, son bord est bien tendu et d'un blanc éclatant. Au moment de la phonation, les cordes vocales se rapprochent promptement de la ligne médiane, tandis que la membrane s'infléchit sans se plisser.

Aux très rares cas connus de membranes congénitales du larynx, il convient d'ajouter celui de Zurhelle (*Berlin. klin. Woch.*, 1869, p. 544), qui concerne les cordes vocales supérieures :

Garçon de 11 ans, n'ayant poussé aucun cri dans les premiers mois de son existence. Dès qu'il commença à parler, on remarqua une raucité considérable et la production d'un sifflement inspiratoire entre chaque mot. Le laryngoscope fit découvrir que les deux tiers antérieurs des fausses cordes vocales étaient soudés par une membrane ayant leur teinte et leur épaisseur et dont le bord postérieur était concave et tranchant. Durant la respiration, on remarquait en outre la présence d'une seconde membrane provenant des sinus, recouvrant une partie des vraies cordes vocales et dépassant en arrière la membrane unissant les cordes vocales supérieures. Ces membranes furent sectionnées en deux séances avec le bistouri, et dès lors la voix de l'enfant fut normale. J. B.

Cavernous angioma of the larynx; removal (Angiome caverneux du larynx, ablation), par C. W. C. GLASGOW (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 360, *avril* 1889).

Affection extrêmement rare, l'auteur n'a pu trouver que 6 faits; dans tous la tumeur siégeait au niveau de la commissure antérieure du larynx, sauf un cas de Mackenzie; sa consistance a toujours été molle.

Après ablation de la tumeur, les troubles fonctionnels ont disparu et, après 4 mois, il n'y avait pas trace de récidive.

L'examen microscopique a été fait par Ludwig Bremer. F. VERCHÈRE.

Ueber bacterielle Befunde und Züchtungsversuche bei Dermatosen des Ohres (Recherches bactériologiques sur les dermatoses auriculaires), par ROHRER (*Berlin. klin. Woch., n°* 6, *p.* 123, 11 *février* 1889).

Dans le prurit et l'eczéma du conduit auditif et du pavillon de l'oreille, Rohrer a trouvé des diplocoques caractéristiques, tandis que dans les sécrétions fétides, il a constaté la présence constante d'un bacille.

Les inoculations sur le pavillon auriculaire de lapins ont déterminé une éruption de vésicules contenant toujours les diplocoques signalés.

Dès que la sécrétion perdait le caractère séreux pour devenir purulente, apparaissaient les staphylocoques. J. B.

Neue botanische und klinische Beitraege zur Otomycose, par F. SIEBENMANN (*Wiesbaden*, 1888).

52 observations de parasites végétaux de l'oreille, recueillies par Bezold, à Munich, dans le cours des derniers six mois, avec détermination botanique exacte pour 36.

16 fois, il s'agissait d'aspergillus fumigatus; 7 fois, d'aspergillus niger; 2 fois, d'aspergillus flavus; 7 fois de verticillium Graphii.

Les nouveaux parasites végétaux rencontrés sont un genticillium, le mucor septatus de Bezold, décrit pour la première fois, et l'aspergillus nidulans, non encore signalé dans les oreilles. J. B.

Ueber Behandlung von Ohrpolypen (Traitement des polypes auriculaires), par ROHRER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 6, *p.* 123, 11 *février* 1889).

Rohrer a obtenu d'excellents résultats des insufflations d'un mélange pulvérulent formé, à parties égales, d'herbe de sabine, de sulfate de cuivre cristallisé et d'alun calciné. Souvent il a suffi d'un petit nombre d'applications pour guérir définitivement des polypes qui tendaient toujours à récidiver après avoir été enlevés avec le serre-nœud de Wilde et la curette tranchante. J. B.

I. — Die Pathologie und Therapie des Pachymeningitis externa purulenta nach Entzundungen des Mittelohres (De la pachyméningite purulente externe consécutive à l'otite moyenne), par E. HOFFMANN (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *XXVIII*, *p.* 458, 1888).

II. — Notes on central suppuration due to otitis... (Otite moyenne, abcès du cerveau; guérison par trépanation), par Arthur BARKER (*Brit. med. j.*, *p.* 777, *avril* 1888).

III. — Case of cerebellar abscess following mastoid disease, par STEWART (*Lancet*, 25 *août* 1888).

IV. — A case of otitis interna and cerebellar abscess, par HUTTON et WRIGHT (*Lancet*, 4 *août* 1888).

V. — Abcès du cervelet consécutif à une otite, par CHIPAULT (*Soc. anat.*, 30 *novembre* 1888).

I. — Cette consciencieuse étude, basée sur l'examen de 112 observations dont 6 personnelles, est consacrée à la pachyméningite externe suppurée du temporal, c'est-à-dire l'inflammation isolée de la couche superficielle de la dure-mère consécutive aux otites moyennes aiguës ou chroniques. Cette affection peut être considérée comme une véritable périostite suppurée de la paroi profonde du crâne, mais les conditions anatomiques de la dure-mère et le voisinage immédiat du cerveau et des méninges lui donnent des caractères spéciaux et une gravité particulière, moins grave à la vérité que les autres complications intra-cra-

niennes de l'otite, de la méningite, la thrombose et la phlébite des sinus, l'abcès du cerveau; elle est beaucoup plus constante que celles-ci qu'elle accompagne nécessairement (puisque c'est par l'intermédiaire de la dure-mère que l'inflammation se propage au cerveau et à ses enveloppes), mais indépendamment desquelles elle peut exister : aussi est-il difficile de s'expliquer l'oubli dans lequel elle est demeurée.

Les conditions qui favorisent le développement de la pachyméningite sont les obstacles à l'écoulement otorrhéique, exostoses, papillomes, polypes du conduit auditif externe ou de la caisse, etc. La propagation se fait par continuité de tissu, en particulier par la carie de l'apophyse mastoïde, ou bien par l'intermédiaire des vaisseaux et des nerfs dont la gaine cellulaire sert de vecteur aux organismes de la suppuration. Le pus se collecte à la face profonde de l'os, du rocher le plus souvent, en soulevant la dure-mère épaissie, tomenteuse et parfois ossifiée : ce pus est souvent fétide. Si, ce qui est le cas le plus ordinaire, le diagnostic n'est pas posé et le pus évacué par la trépanation, l'abcès s'ouvre dans le cerveau (11 fois sur 35) ou dans le sinus (11 fois sur 35); 5 fois l'abcès communiquait avec un abcès extra-cranien; la mort survient alors par méningite, phlébite du sinus ou encéphalite. Le diagnostic est des plus difficiles et ne peut être établi qu'après la trépanation de l'apophyse mastoïde, par la persistance de la douleur, de la fièvre, de la sensibilité à la pression, des convulsions, etc., ou par l'apparition des premiers phénomènes de la méningite. Dans les quatre faits déjà publiés où l'abcès put être évacué sur le vivant, il semble qu'on ait opéré un peu à l'aveugle et c'est l'irruption du pus dans l'excavation de l'apophyse mastoïde ou le sondage des trajets fistuleux qui ont amené la découverte; ces quatre cas ont donné trois guérisons. Le traitement, après l'ouverture large de l'abcès au ciseau, consiste à panser la cavité à la gaze iodoformée.

Les six observations de l'auteur terminent ce travail; elles concernent des malades de 1 à 42 ans, atteints de pachyméningite externe suppurée et opérés par l'évidement de l'apophyse mastoïde et la trépanation du foyer. Les six opérations ont donné quatre guérisons, mais il est à remarquer que ces guérisons ne concernent que les cas dans lesquels il existait une carie osseuse, c'est-à-dire dans lesquels l'évidement de l'os carié a pu conduire directement sur l'abcès. L'un de ces opérés était un enfant de 4 ans et demi atteint d'otite double d'origine scarlatineuse et qui dut subir l'opération des deux côtés. Les insuccès concernent un enfant d'un an mort six semaines après l'opération et une femme de 35 ans chez laquelle il existait une phlébite du sinus transverse et un commencement de méningite. DE SANTI.

II. — Mécanicien âgé de 33 ans. Scarlatine suivie d'otite à l'âge de 7 ans; à 21 ans attaques épileptiformes. En 1886, il commence à se plaindre de faiblesse et d'engourdissement de la jambe droite, avec exagération du réflexe tendineux : trépidation épileptoïde, nystagmus et dilatation pupillaire. On diagnostique une sclérose latérale, mais les symptômes disparaissent graduellement en quelques mois : guérison apparente en mars 1887.

En décembre 1887 se produit un écoulement purulent de l'oreille droite, avec perforation du tympan. Des douleurs vives existent dans le côté correspondant de la tête, à caractère névralgique, sans que l'examen ophtalmoscopique de l'œil indique une névrite optique, vomissements, hyperesthésie au niveau de l'apophyse mastoïde. Le 23, deux accès épileptiformes à prédo-

minance du côté droit, débutant par des crampes cloniques de la main droite. Pupille droite plus petite que la gauche.

Barker trépane l'apophyse mastoïde, sans trouver aucune collection purulente. Le lendemain et les jours suivants, l'état reste le même, en apparence grave et le malade fort abattu, avec de la fièvre et de l'hyperthermie tous les soirs, laissant échapper les urines et les fèces involontairement, et dans un état d'hébétude cérébrale absolue. On s'aperçoit à ce moment, d'une paralysie faciale gauche et d'un affaiblissement du bras gauche.

L'auteur diagnostique une méningite circonscrite au niveau du tiers inférieur des circonvolutions fronto-pariétales ascendantes du côté droit.

Opération (3 février). Incision semilunaire dans la direction du sillon de Rolando, trépanation à 1 pouce 1/2 au-dessus de la scissure sylvienne. Une seconde couronne de trépan est appliquée immédiatement au contact de la précédente, plus bas dans la direction de la scissure Rolandique. On trouve la dure-mère gonflée et tendue, mais saine; incisée, elle ne donne pas de pus, et les circonvolutions paraissent normales quoiqu'obscurément fluctuantes. La ponction du cerveau avec une aiguille aspiratrice ne révèle pas de pus mais de la sérosité jaunâtre.

Une troisième application de trépan est alors faite notablement au-dessous des précédentes, dans la région temporo-sphénoïdale. L'aiguille enfoncée dans le cerveau, dans la direction de la précédente ponction ramène cette fois une quantité de pus blanc et épais. Agrandissement de l'ouverture au moyen d'une pince mousse, et introduction d'un tube à drainage. Une once de pus est ainsi évacuée.

Pansement iodoformé, suture de la dure-mère : le drain est laissé à demeure.

Trois heures après l'opération, l'état général était bon; le malade parlait bien et remuait les deux bras mais le pouls était rapide et très faible.

Le lendemain, amélioration, mais faiblesse extrême.

Le 5 février, pour la première fois, les urines sont émises volontairement; la paralysie faciale a disparu, celle du bras a diminué. A partir de ce moment, guérison régulière, complète le 30 mars.

L'auteur discute le siège de la collection purulente et admet qu'il s'agit d'une méningite suppurée circonscrite de la scissure sylvienne, qui, au lieu de s'étendre en dehors, avait fusé du côté de l'insula de Reil et comprimé les circonvolutions de la zone motrice. S'il se fût agi d'un véritable abcès avec destruction de la substance cérébrale, la paralysie du bras et de la face n'eût pas guéri aussi vite. H. R.

III. — Un enfant avait eu, trois ans auparavant, un écoulement de l'oreille droite qui guérit peu après. Huit jours avant son entrée il se plaignit de violentes douleurs dans son oreille, dont le méat est rouge et tendu. Cette rougeur avec empâtement mais sans fluctuation se retrouve au niveau de l'apophyse mastoïde. Une incision en ce point donna issue à du pus et mit l'os à découvert. Paralysie faciale, passagère, fièvre, douleur de tête, accidents cérébraux qui amènent la mort en peu de temps.

On trouva un abcès du cervelet avec carie du rocher et de l'apophyse mastoïde. LUBET-BARBON.

IV. — Benjamin M..., âgé de 11 ans, avait eu la variole six mois avant son entrée à l'hôpital et depuis cette époque, il était atteint de surdité du côté gauche avec écoulement de l'oreille droite. A son entrée, l'écoulement se produit par les deux oreilles, il est purulent et fétide et les membranes tympaniques sont détruites.

On pensa qu'un abcès siégeait soit dans le lobe sphéno-temporal gauche soit dans l'hémisphère cérébelleux de ce côté et on trépana le crâne à deux

pouces au-dessus du méat de l'oreille, mais cette ouverture ne donna rien. Une autre faite un peu plus en arrière permit d'introduire un trocart dans le cervelet. Il sortit une petite quantité de pus fétide ; l'enfant mourut quelques heures après.

A l'autopsie on trouva un vaste abcès du cervelet et des lésions nombreuses du temporal. L.-B.

V. — Observation intéressante en ce que, trois mois avant la mort, on avait fait la trépanation mastoïdienne et on avait ainsi évacué un abcès sous la dure-mère. Les accidents continuèrent : à l'autopsie, carie de la face postérieure du rocher, abcès du cervelet. A. CARTAZ.

Ein Fall von weichem papillärem Fibrom... (Un cas de fibrome mou, papillomateux du cornet inférieur, combiné avec une otite moyenne hyperplastique, par B. GOMPERZ (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 2, *p.* 25, 1889).

La tumeur qui mesurait le volume d'un œuf de poule offrait l'aspect framboisé des papillomes. Pourtant, après son extirpation pratiquée avec l'anse galvano-caustique, le microscope n'y révéla que des éléments fibreux.

Gomperz voit dans ce fait la confirmation de l'opinion de Virchow, d'après laquelle la plupart des néoplasmes dits papillomes ne seraient histologiquement que des fibromes. LUC.

Cases of labyrinthine deafness treated by pilocarpin, par FIELD (*Brit. med. j.*, *p.* 471, *mars* 1889).

Field communique 18 observations de surdité labyrinthique traitée par les injections quotidiennes de pilocarpine, d'après la méthode de Politzer. On commence par injecter un huitième ou un dixième de grain (0,004 ou 0,005), puis on augmente graduellement jusqu'à un quart de grain. Simultanément, l'auteur a l'habitude d'injecter quelques gouttes de pilocarpine dans la trompe d'Eustache quand l'oreille moyenne est envahie. Après chaque injection, les malades restent deux heures au lit. Le traitement n'est jamais continué plus de dix jours s'il ne se produit pas des améliorations dans cet intervalle. Les résultats du traitement sont variables, tantôt excellents, tantôt médiocres, suivant les observations, qui sont en général favorables à la méthode. H. R.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Statistique médicale de l'armée pendant l'année 1886 (*In*-8°, 1889, *Paris*).

Effectif en 1886 : 471,517 présents. Le nombre des entrées aux hôpitaux est de 97,781, soit 207 0/00 ; à l'infirmerie 141,803, 312 0/00 ; et à la chambre 684,889.

Le nombre des journées de traitement à l'hôpital s'élève à 2,719,507 soit 5,7 journées de traitement par homme présent, et 27,8 journées par malade. La moyenne journalière des indisponibles a été de 17,969 soit 38,3 0/00. On compte 159 retraites, et 8,559 réformes.

La mortalité est de 3,622, dont 2,904 pour l'armée à l'intérieur soit

7,12 0/00, 563 en Algérie (10,52 0/00), 155 en Tunisie (14,88 0/00). Le taux de mortalité pour l'armée entière est de 7,68 0/00, taux sensiblement égal à celui des années précédentes.

On compte 6,397 cas de fièvre typhoïde et 2,850 de fièvres continues, en total 9,247, ayant entraîné 1,213 décès, soit 13,11 0/0. La mortalité est à l'intérieur de 2,36 0/00, en Algérie de 3,14 0/00, en Tunisie de 7,67; pour l'armée entière, 2,57 0/00.

Le chiffre des cas de variole et varioloïde est de 288 avec 16 décès, dont plus du 1/3 dans le 15e corps. On a pratiqué 152,677 vaccinations avec 76,201 succès (49,9 0/0).

La rougeole a frappé 3,092 hommes : mais elle a été très peu grave et n'a occasionné que 29 décès. Le chiffre des scarlatines est le plus élevé qu'on ait observé dans l'armée française : 1,479 avec 59 décès.

Le nombre des décès par méningite cérébrospinale est de 19. A Orléans, en même temps que sévissait une épidémie de rougeole et de scarlatine se sont développés 17 cas de méningite avec 8 décès. Pour la diphtérie, 37 décès, dont 6 pour le gouvernement de Paris.

Pour le paludisme, en Algérie et Tunisie, le chiffre des malades est en augmentation : 148 0/00 au lieu de 117 en 1885, et 97 en 1883 : la mortalité est de 1,20 0/00. Dans la division de Constantine, la fièvre intermittente est 4 fois plus fréquente qu'en 1886, et cause près de la moitié des entrées pour toutes causes : le littoral est surtout atteint. Dans la division d'Oran, dans de nombreux postes, la forme affectée est la typho-malarienne. La morbidité par paludisme, en Tunisie, est de 113,15 0/00 contre 155,50 0/00 en Algérie.

La dysenterie a été plus fréquente en 1886. Lyon compte 19 décès. Le 7e corps (Dijon) 24 décès; l'Algérie 65; la Tunisie 14 décès pour 339 malades. La tuberculose a causé 480 décès et 1,526 réformes, constituant une perte totale (4,25 0/00) supérieure à celle des années précédant 1885.

La pneumonie est également en croissance : 317 décès en 1886 contre 206 en 1885 et 186 en 1884. Le gouvernement de Paris (41 cas) et l'Algérie (42 cas) sont le plus éprouvés.

Notons une proportion de 8,85 0/00 pour la syphilis, et 40,85 0/00 pour uréthrite et chancre mou. Enfin 192 suicides.

Sur 306,854 hommes admis au tirage au sort, 39,760 ont été exempts comme impropres à tout service : 16,531 ont été classés dans le service auxiliaire, et 39,726 ont été ajournés. — Le total des appelés en 1886 (ajournés des classes antérieures compris) a été de 146,634.

La taille moyenne des aptes au service a été de 1m648. MAUBRAC.

Répartition de la fièvre typhoïde en France d'après la statistique médicale de l'armée, par P. BROUARDEL (*Annales d'hygiène publiq. et méd. lég., 3e série, XXI, p.* 5, *janvier* 1889).

De 1872 à 1884, on compte :

Dans les garnisons de France, 4,631,093 hommes avec 13,425 décès par fièvre typhoïde, c'est-à-dire un peu plus de 1,000 décès typhiques par an et une moyenne de 29 sur 10,000 soldats.

En Algérie, 653,856 hommes avec 2,867 décès par fièvre typhoïde; moyenne 44 par 10,000 soldats.

En Tunisie, en 4 ans (1881-1884), 90,460 hommes avec 1,350 décès par fièvre typhoïde ; moyenne 149 par 10,000 soldats.

L'effectif total de l'armée (France, Algérie, Tunisie) a donc été en 13 ans de 5,375,409 hommes avec 151,319 cas de fièvre typhoïde et 17,642 décès par cette maladie. Suivant les corps d'armée, la mortalité typhoïdique oscille :

1° Pour ceux résidant en France : entre 10,14 par dix mille hommes (1er corps, départements du Nord et du Pas-de-Calais) et 52,89 (16e corps, Hérault, Aude, Aveyron, Pyrénées-Orientales, Tarn) ;

2° Pour les troupes d'Algérie : entre 36,29 (Alger) et 54,41 (Oran).

La léthalité par fièvre typhoïde est excessive pour les départements du midi et la Corse, très forte pour ceux du nord-ouest ; faible pour ceux du nord, du centre, du sud-ouest et de l'est.

Les villes les plus insalubres sont Tarascon (123 décès typhoïdiques sur 10,000 hommes), Carcassonne (120,3), Troyes (117,4), Toulon (104,1) et Brest (103,3).

La ville la moins atteinte est Lille (3,7).

Tandis que la ville de Châlons ne compte que 4,1 décès, le camp situé à son voisinage fournit 22,7. (*R. S. M.*, XII, 700; XIII, 122 et 762 ; XXIV, 733 ; XXVII 216 et XXXI 576.) J. B.

Der Typhus im Münchener Garnisonslazareth... **(La fièvre typhoïde à l'hôpital militaire de Munich sous l'influence du traitement par les bains** (méthode **de Brand**), **par A. VOGL** (*D. Arch. f. klin. Med., XLIII, p.* 457 *et XLIV, p.* 41).

La statistique de la mortalité par la fièvre typhoïde à l'hôpital militaire de Munich donne pendant la période de 1841 à 1868 une proportion de 19,6 morts pour 100 malades. En 1868, on commença à administrer les bains froids. De 1868 à 1875, le traitement balnéaire fut incomplet, la mortalité tomba à 15,2 0/0. A partir de cette époque, la méthode de Brand fut employée systématiquement. 767 malades traités par la méthode combinée donnèrent une mortalité de 7,6 0/0. 221 malades traités strictement pour la méthode de Brand donnèrent 2,7 0/0.

De 1882 à 1888, la mortalité a été de 3,5 0/0 pour les typhiques soumis absolument à la méthode de Brand. La moyenne pendant les 12 années de balnéothérapie a été de 3 0/0; elle donnait 20 0/0 auparavant, d'où une différence de 17 0/0 en faveur de la méthode de Brand.

Le traitement méthodique par les bains froids diminue d'une façon générale l'intensité des manifestations observées. La nature et la localisation des manifestations ne se modifient pas ; mais d'une façon générale leur intensité s'affaiblit.

L'auteur demande, comme conclusion, que la méthode de Brand soit rendue obligatoire pour les typhiques militaires en campagne.

L'emploi des bains peut être gradué pour les individus qui sont hors d'état de supporter la méthode complète.

Quand la balnéothérapie est impossible à pratiquer, il faut avoir recours aux antipyrétiques. La médication antipyrétique doit non pas compléter, mais remplacer la balnéation. L'expectation simple n'est plus désormais permise. ALBERT MATHIEU.

Essai sur les formes biliaires du paludisme au Tonkin, par BLANC (*Arch. de méd. milit., janvier et fevrier* 1889).

Les formes bilieuses du paludisme, dans le haut Tonkin, peuvent se ramener à 2 principales : 1° la rémittente bilieuse; 2° la fièvre hémoglobinurique ou ictérohématique.

L'auteur développe longuement les raisons cliniques, étiologiques, nécropsiques, qui lui font admettre la nature palustre des rémittentes bilieuses observées au Tonkin : voici leurs conditions étiologiques :

Elles surviennent au milieu des forêts, des jungles et dans les postes nouvellement créés en ces points; elles frappent plus souvent les soldats européens, mais sont loin d'épargner les Annamites ; des antécédents alcooliques aggravent leurs manifestations; elles surviennent non seulement comme première invasion du paludisme, mais à l'état de récidives. Ces récidives, vu leur gravité de plus en plus grande, nécessitaien l'évacuation sur le Delta, et parfois même le rapatriement du malade. Presque exclusivement estivales, elles se montrent dans leur fréquence et leur gravité en rapport manifeste avec l'élévation de la température extérieure. Leur nombre augmente toutes les fois que des circonstances météorologiques, militaires ou accidentelles, facilitent l'exposition à la chaleur, ou l'absorption du miasme palustre.

De même pour la fièvre hémoglobinurique existent de multiples conditions qui démontrent sa nature palustre. Et ici encore on relève comme principales conditions favorisant le développement de cette fièvre hémoglobinurique :

Les foyers intenses du paludisme, les hautes régions, celles des forêts et des jungles, les postes nouvellement créés ou au voisinage desquels s'effectuaient de grands travaux; les antécédents personnels de paludisme ayant amené soit une cachexie avancée, soit de l'anémie, soit des lésions viscérales, souvent latentes et dissimulées: la fièvre hémoglobinurique s'est essentiellement montrée comme une forme de récidive palustre, qui plus est, comme une forme tardive ; elle peut survenir en dehors et loin du point où le paludéen s'est intoxiqué; son éclosion paraît même favorisée par un changement de résidence. Enfin, des influences météorologiques (saisons de transition, grandes oscillations nycthémérales, moussons, etc.) ont joué un rôle important dans la production de la fièvre ictéro-hématique. MAUBRAC.

Essai sur quelques cas de coliques sèches observées cur la côte occidentale d'Afrique (région intertropicale), par GIBERTON (*Thèse de Bordeaux, n°* 93, 1887-1888).

L'auteur a fait une campagne pendant la saison des pluies à bord de la canonnière le *Pionnier*, dans l'Ogooué. Cette campagne, faite pendant la plus mauvaise saison avec un équipage non acclimaté, a permis à l'auteur d'observer les formes les plus graves de l'impaludisme. A la fin de la campagne, il s'est présenté une trentaine de cas de coliques sèches que les recherches les plus minutieuses n'avaient pas permis de rattacher au saturnisme.

L'affection survient habituellement sans prodromes; dans quelques cas

cependant, les malades ont pendant deux ou trois jours de l'anorexie, de la constipation, de la soif et des nausées. Puis la maladie débute brusquement par des douleurs poignantes autour de l'ombilic, suivant le trajet du colon transverse. Les douleurs sont continues avec des exacerbations survenant toutes les 15 à 20 minutes et durant 2 à 3 minutes; le ventre est légèrement rétracté, dur, non douloureux au toucher, mais la pression est intolérable. La constipation est absolue. Appétit nul, langue chargée; hoquets, nausées et vomissements glaireux ou bilieux très fréquents; les urines sont normales. Le foie et la rate sont augmentés de volume, ce qui est naturel chez des individus profondément impaludés. Pas de modification du pouls et de la température. Céphalalgie, dyspnée, voix faible et cassée, état d'affaissement et de prostration complète dans l'intervalle des exacerbations. Au bout de trois à cinq jours les douleurs diminuent rapidement et disparaissent, puis se fait une débâcle qui commence par des matières dures et ovillées suivies de selles diarrhéiques qui se répètent pendant douze ou quinze heures pour s'arrêter ensuite spontanément. Tous les autres symptômes disparaissent en même temps, et il ne reste qu'une grande faiblesse qui s'efface assez vite.

Aucun des malades ne présentait de symptôme de saturnisme et tous étaient impaludés. La colique sèche apparue vers la fin de la campagne paraît avoir remplacé les autres manifestations de l'impaludisme; elle a respecté absolument les nègres qui faisaient partie de l'équipage. Elle se distingue de la colique saturnine par l'absence du liséré gingival, par son évolution rapide, par la douleur à la pression de l'abdomen et par la prostration.

L'auteur conclut que la colique sèche observée dans la marine n'est pas toujours un symptôme du saturnisme; il existe une forme de colique sèche qui est une manifestation de l'impaludisme s'observant chez les individus profondément intoxiqués, et qui est probablement une névralgie intestinale paludéenne. W. DUBREUILH.

Contribution à la géographie médicale; souvenirs médicaux du poste de Sedhion (Casamance), par L.-J. GARNIER (*Thèse de Bordeaux*, n° 43, 1887-1888).

Les renseignements que fournit l'auteur sur le poste de Sedhion sont en somme assez favorables, et tout en participant aux inconvénients inséparables de tous les établissements du Sénégal, Sedhion ne paraît pas être parmi les plus malsains. Cependant la fièvre bilieuse hématurique y est fréquente, ainsi que les différentes formes de fièvre palustre qui sont en général d'une gravité modérée; la dysenterie y est rare; les affections de l'appareil respiratoire sont fréquents chez les nègres, beaucoup plus rares chez les blancs; il en est de même de la variole, très fréquente et très grave chez les nègres non vaccinés; la fièvre jaune n'a fait que de rares et courtes apparitions à Sedhion. La maladie qui, avec l'impaludisme, atteint le plus les blancs est l'anémie tropicale, favorisée par la chaleur et l'humidité de l'hivernage. Quant aux noirs, ils sont souvent atteints d'ulcères chroniques des jambes et de conjonctivites qu'on peut rattacher à la saleté habituelle. Le tænia est peu fréquent à Sedhion, et le filaire de Médine manque dans toute la Casamance. L'auteur termine par quelques conseils hygiéniques. W. DUBREUILH.

Recherches expérimentales sur les effets des armes nouvelles et des balles de petit calibre à enveloppe résistante, par CHAUVEL, NIMIER, BRETON et PESME (*Archives de médecine, octobre* 1889).

Les balles de petit calibre étudiées par les auteurs sont les balles lancées par le fusil Lebel.

En raison de son diamètre et de son poids plus faibles, les ouvertures cutanées, les sétons musculaires, les perforations artérielles, les trajets intra-osseux sont, à distances égales, plus étroits, plus nets, moins déchirés qu'avec les balles du fusil Gras.

A longue distance, les lésions des os compacts sont plus étendues relativement qu'à courte distance; mais pour les premières, les esquilles sont fixées par le périoste, pendant que dans les secondes il y a véritable perte de substance par la destruction de l'enveloppe périostique et la mobilisation des fragments.

Avec les balles nouvelles, la projection des esquilles dans le canal de la plaie, dans les tissus voisins est, du côté de la sortie, bien moins prononcée et beaucoup plus rare qu'avec les balles de plomb.

Aux distances éloignées (2,000 à 1,200 mètres), les balles Lebel font dans les parties molles et dans les os spongieux des lésions moins étendues et moins graves ; dans les os compacts, des fractures plus compliquées que les balles de plomb des armes anciennes.

A courte distance (200 mètres), leur action semble devoir être à peu près la même que celle des projectiles sans enveloppes ; cependant les effets dits explosifs ont paru moins fréquents.

Aux distances moyennes (400 à 1,200 mètres), l'avantage humanitaire des balles nouvelles est surtout dans l'absence de déformation, qui limite les désordres ou dans l'absence de leur arrêt dans les parties.

A toute distance, l'extrême rareté du séjour de la balle fait disparaître une des causes les plus communes d'inquiétude pour le blessé, d'embarras pour le chirurgien. RICHARDIÈRE.

Schüsspräparate von Knochen und Eingeweiden (Expériences de coups de feu sur des os et des viscères), par HABART (*Der Militärartz, n°* 5, *p.* 43, 1889).

L'auteur présente un certain nombre de pièces anatomiques, os et viscères de chevaux, obtenues à l'aide de tirs faits avec des projectiles de divers calibres.

Avec le fusil Mannlicher de 8 millimètres de calibre, il n'a pu réussir à produire des perforations simples de la diaphyse des os longs, comme on en observait avec les balles rondes ; ces perforations à l'emporte-pièce ne s'observent plus aujourd'hui que sur les épiphyses, les os plats et larges, les cartilages, etc.

En ce qui concerne la pression hydrostatique, H... a obtenu des résultats variables. C'est ainsi qu'il n'en aurait pas observé les effets sur le cœur, dans un coup de feu tiré à pleine charge et à 10 pas de distance ; en outre, une balle à vitesse moyenne, après avoir fait un trajet lisse dans le poumon, avait ensuite provoqué l'éclatement de la portion aponévrotique du diaphragme.

Sur l'estomac à l'état de réplétion par contre, les phénomènes de pres-

sion hydrostatique sont colossaux ; ainsi un projectile Mannlicher de 11 millimètres de calibre (modèle 1886), en plomb dur, provoque, à 200 mètres de distance, l'éclatement complet de l'estomac.

Il en est de même sur l'intestin ; mais les désordres sont toujours proportionnels à l'état de réplétion de l'organe. Ainsi, sur un intestin grêle vide, une balle de 11 millimètres en plomb dur et un projectile à enveloppe d'acier de 8 millimètres provoquent sensiblement les mêmes lésions, à savoir de petits orifices d'entrée et de sortie, et cela à 10 pas de distance seulement, tandis qu'à 600 mètres de distance un projectile de 8 millimètres à enveloppe d'acier, après n'avoir fait à travers le colon vide qu'une perforation simple, avait déterminé, dans une expérience, un énorme éclatement du cæcum rempli de liquides alimentaires; l'orifice d'entrée du projectile sur le cæcum avait 8 centimètres de long sur 4 de large, et l'orifice de sortie 8 centimètres de diamètre, de telle sorte que les matières alimentaires avaient été entraînées et projetées à travers le carré des bombes dans tout le trajet de sortie. — Habart estime donc que l'action explosive des coups de feu de l'intestin dépend de deux facteurs, la vitesse du projectile et le degré de réplétion de l'intestin.

DE SANTI.

De l'action vulnérante des projectiles modernes, par P. J. MOROSOW (de Kiew) (*Comptes rendus du 3e Congrès des médecins russes à Saint-Pétersbourg* 1889).

La proportion actuelle des atteintes sur le champ de bataille est de 20 0/0 de l'effectif des combattants et 90 à 95 0/0 de ces atteintes résultent de la balle de fusil. Cependant l'étude du mécanisme de l'action vulnérante des petits projectiles modernes est encore loin d'être parfaite : tout ce qu'on peut dire, c'est que le caractère général de ces blessures est grave. — L'auteur se livre à ce propos à une critique plus systématique que judicieuse des diverses théories émises depuis 20 ans à propos de l'action vulnérante des projectiles et condamne également la fusion et le morcellement par échauffement du projectile, l'expansion centrifuge de la balle, le refoulement de l'air et la pression hydrostatique. Il fait de la sorte table rase des opinions antérieures, mais ne leur substitue que des faits universellement connus, à savoir que l'action vulnérante du projectile dépend de sa force vive, de sa consistance et du degré de résistance des tissus qu'il traverse.

Les balles à enveloppe résistante usitées dans ces dernières années devraient produire moins de dégâts en frappant les os que les balles en plomb, parce qu'elles se déforment moins; mais comme elles sont animées d'une vitesse colossale, elles ont une force vive qui multiplie leur pouvoir destructeur au point qu'elles réalisent les projectiles les plus terribles qui aient été employés jusqu'à ce jour ; du reste l'insuffisance de résistance de leur enveloppe leur communique de véritables effets explosifs; elles ne méritent donc nullement la qualification de « projectiles humanitaires » que les Allemands leur ont donnée.

DE SANTI.

Krampfadern als Gründe der Unbrauchbarkeit bei Militärpflichtigen und Soldaten (Des varices comme cause d'incapacité de service dans l'armée), par NEUMANN (*Deutsche militärtliche Zeitschrift*, nos 11 *et* 12).

Étude très complète de la question. L'auteur, après avoir minutieusement étudié les conditions anatomiques de la circulation veineuse des membres inférieurs, répartit en trois classes les conditions qui provoquent la formation des varices :

1° Affaiblissement de l'action de cœur ou de l'aspiration pulmonaire ou insuffisance des valvules veineuses ;

2° Obstacle à la circulation en retour des troncs veineux;

3° Altération de la paroi veineuse (phlébite et endophlébite) : ces accidents compliquent très souvent les phlegmasies conjonctives, si fréquentes chez le soldats aux membres inférieurs.

Cependant nombre de varices ne rentrent dans aucune de ces catégories, et il faut admettre dans ce cas une faiblesse congénitale des parois des veines.

L'auteur insiste particulièrement sur le diagnostic des varices profondes dont l'importance est considérable au point de vue du service militaire, car elles peuvent devenir le point de départ d'accidents graves et même mortels.

Le degré d'aptitude au service dépend surtout du siège des varices. C'est ainsi que les varices profondes rendent inapte à tout service, les varices superficielles du pied et des régions malléolaires rendent impropre au service dans l'infanterie et celles de la face interne du genou au service dans la cavalerie. Il faut remarquer cependant que les dilatations cylindriques des veines offrent moins d'inconvénients que les nodosités, même très peu volumineuses.

Le traitement est si long et si peu efficace que l'incapacité de servir, motivée par les varices, doit être considérée comme permanente (réforme).

DE SANTI.

Etude sur les flèches empoisonnées de l'Indo-Chine, par J.-P. CHAUVET (*Thèse de Bordeaux*, n° 34, 1887-1887).

Pendant la campagne du Tonkin, l'auteur a observé deux cas de mort à la suite de blessures par des flèches empoisonnées et a pu se procurer un certain nombre de ces flèches.

Chez l'homme, la mort s'est produite au bout d'un temps très variable, et les principaux symptômes observés dans les deux cas ont été des alternatives de dépression et d'excitation nerveuses, de l'angoisse respiratoire et de l'irrégularité du pouls ; pas de convulsions ni de paralysie.

Des expériences qu'il a entreprises, Chauvet conclut que ce poison agit principalement sur la fibre musculaire cardiaque. Les muscles de la vie animale perdent leur excitabilité d'autant plus vite qu'ils sont plus directement en contact avec le poison; la mort a lieu par arrêt du cœur, et à l'autopsie on trouve les ventricules en systole.

Ce poison paraît identique à l'upas antiar des indigènes de Java et proviendrait de l'Antiara Aoxicaria, arbre commun dans l'Indo-Chine et d'où on l'extrait par incision du tronc.

Les contre-poisons indiqués par les indigènes et dont le plus répandu est l'alun, administré préventivement à l'intérieur ou appliqué sur la plaie, sont absolument inefficaces. W. DUBREUILH.

Das erste Obdach des Kriegsverwundeten (Le premier abri des blessés en temps de guerre), par H. F. NICOLAI (*Deutsche militärische Zeitschrift, n° 7, d.* 302, 1888).

La première installation des blessés après les grandes batailles est l'un des problèmes les plus difficiles de la chirurgie militaire actuelle, car, malgré les tentes et les baraques transportables, on a souvent vu dans les dernières guerres, notamment en 1870, de nombreux blessés demeurer plusieurs jours sans abri. Assurer un abri temporaire à ces blessés est donc un point de la plus haute importance, d'autant plus qu'il est une foule de conditions, telles que le bivouac, l'encombrement des villes occupées, les pays ruinés, où le cantonnement n'est pas assuré et où le soldat, le brancardier en particulier, est exposé aux plus rudes intempéries. L'abri temporaire, la tente trop injustement abandonnée aujourd'hui, serait alors d'un précieux secours , car Nicolaï est d'avis que tout ce qu'on fait pour le brancardier tourne au bénéfice du blessé lui-même.

L'auteur passe en revue les tentes usitées dans les diverses armées européennes, les abris souterrains (Grübenhütten, Zelmjanki-schalaschi) qui rendirent aux Russes de si grands services en 1877-78, et étudie en particulier la tente proposée par Port en 1887. Il reproche surtout à celle-ci de ne pas permettre d'y faire un pansement, et il estime que le but est atteint par un abri sous forme de hangar répondant aux conditions suivantes : accès facile au personnel sanitaire, facilité du montage et du démontage, facilité du transport, légèreté et bon marché, capacité suffisante pour coucher plusieurs blessés, protection contre le vent, la pluie, le froid et la chaleur, possibilité de servir de tente de campement aux brancardiers. Il propose en conséquence :

1° Une tente de la forme de nos anciennes tente-abri, formée de 4 parois, dont 2 obliques, rectangulaires, de 3 mètres de long sur 2 de large et 2 verticales, triangulaires de 2 mètres de côté. L'ensemble est maintenu par un bâton de faîte de 3 mètres de longueur et 2 montants verticaux de $1^{m},80$. La paroi opposée au vent régnant ainsi que les petits côtés sont fixés au sol, mais l'autre grand côté se relève horizontalement de bas en haut à l'aide de 2 bâtons et forme ainsi un toit de 6^{mq}. La tente est de la sorte fermée en arrière, largement ouverte et accessible en avant : elle n'exige que $15^{mq},96$ de toile et abrite 5 hommes, tandis que la tente de Port a 20^{mq}, et n'abrite que 4 blessés : enfin elle se monte très rapidement.

2° Un parapluie construit sur le modèle des abris des marchands ambulants dans les marchés. L'ossature en est formée par 4 baguettes divergentes de 3 mètres de long, réunies à leur sommet et portées sur une tige inclinée, arc-boutée sur le sol. La toile carrée, de 4 mètres de côté, repose sur ces baguettes et n'est fixée au sol que d'un seul côté, tandis que le côté opposé est relevé par deux montants verticaux. On a ainsi un espace fermé du côté du vent, et ouvert au beau temps à la façon

d'une valve d'huître. Sous cet espace, on creuse une fosse quadrilatère de 1 mètre de profondeur, et on obtient ainsi une chambre parfaitement abritée qui peut même être chauffée à l'aide d'un poêle improvisé, et peut constituer une véritable habitation pour 8 hommes. L'auteur entre dans les détails de cette construction avec laquelle devront être familiarisés les infirmiers des détachements sanitaires. DE SANTI.

De l'imperméabilisation des planchers dans les casernes (*Arch. de méd. milit.*, *p.* 337, *mai* 1889).

Ce rapport est établi par une délégation des sections techniques de Santé et du Génie.

L'imperméabilisation des planchers empêche l'accumulation dans le bois des liquides, poussières, détritus organiques et germes organisés ; elle fait disparaître les fermentations qui communiquent aux chambres leur odeur fade particulière, arrête la pullulation de la vermine et des microbes pathogènes, cause efficiente de toutes les maladies zymotiques qui sévissent périodiquement dans les casernes.

La matière qui permet d'obtenir ce résultat de la manière la plus sûre et la plus économique est le coaltar (goudron de houille) et peut-être l'huile de résine. Une seconde coaltarisation devra être faite 6 mois après la première, puis il suffira de renouveler l'enduit tous les ans.

Le bas des murs autour des chambres, sur $0^{m},50$ de hauteur, doit recevoir une couche de coaltar. Les planches à pain, à bagages, seront recouvertes de peintures hydrofuges.

Dans les chambres, on s'abstiendra de lavages à grande eau : un linge humide, ramassant les poussières sans les soulever, suffira le plus souvent. NAUBRAC.

REVUE GÉNÉRALE

ENTÉROPTOSE

Par Albert MATHIEU.

Application de la méthode naturelle a l'analyse de la dyspepsie nerveuse ; détermination d'une espèce. — De l'entéroptose, par **Glénard** (*Lyon médical*, *mars* 1885, *et Broch. Paris*, 1885). — De la maladie du rein mobile entéronéphroptose, par **le même** (*Soc. de méd. de Lyon*, 16 *mars* 1885). — Entéroptose et neurasthénie (*Soc. médic. des hôpitaux de Paris*, 15 *mai* 1886, *et Rev. de méd.*, *janvier* 1887). — A propos d'un cas de neurasthénie gastrique ; diagnostic de l'entéroptose, par **Fr. Glénard** (*Province médic.*, 7 *avril* 1887, *et broch. Paris*, 1887). — Note sur la sangle pelvienne, par **Glénard** (*Prov. méd.*, *février* 1887). — Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose, par **Fr. Glénard** (*Lyon médic.*, 19 *juin* 1887 *et broch. Paris*, 1887). — Entéroptose et neurasthénie, par **Féréol** (*Soc. médic. des hôpitaux*, 5 *janvier* 1887). — Entéroptose de Glénard, par **Féréol** (*Soc. médic. des hopit.*, 23 *novembre* 1888). — Etude clinique sur l'entéroptose ou maladie de Glénard, par **J. Cuilleret** (*Gaz. des hôpit.*, 28 *septembre* 1888). — Entéroptose, par **Raoult** (*Progrès médical*, 2 *mars* 1889). — Contribution a l'étude de l'entéroptose, par **Kaplan** (*Thèse de Paris*, 1889). — De l'entéroptose, par **Pourcelot** *Thèse de Paris*, 1889).

On sait combien sont nombreuses les théories de la dyspepsie. On l'a expliquée par des lésions inflammatoires, par la gastrite, par la dilatation de l'estomac et l'absorption de substances toxiques, par un vice dans la motilité gastro-intestinale, par une nervo-motricité défectueuse du tube digestif tenant tantôt à une cause locale, abdominale, tantôt à une cause plus générale, à l'irritabilité, à la déséquilibration du système nerveux. Pour les uns, la neurasthénie précède la dyspepsie nervo-motrice et la domine ; pour les autres, c'est la dyspepsie qui commence ; la neurasthénie est une manifestation secondaire.

Dyspepsie et neuropathie, M. Fr. Glinard explique tout cela par la splanchnoptose, et plus particulièrement par l'entéroptose, conséquence elle-même du rétrécissement fonctionnel de l'intestin (entérosténose). Le relâchement des liens qui attachent les viscères abdominaux et le tube digestif à la colonne vertébrale est le point de départ de sensations locales plus ou moins pénibles et d'un retentissement à distance qui se traduit par l'ensemble des phénomènes nerveux désignés par le terme de neurasthénie.

La théorie de l'entéroptose et de la splanchnoptose aurait le grand avantage de donner de toutes ces manifestations une interprétation anatomo-pathologique et physiologique.

Le tube digestif est 10 ou 13 fois plus long que la ligne qui va de l'orifice buccal à l'orifice anal. Il est donc nécessaire que l'intestin se replie dans la cavité abdominale, et les anses ainsi formées sont attachées à la colonne vertébrale par de véritables ligaments qui se fixent précisément au niveau des coudes intestinaux. On peut distinguer ainsi des anses successives. En voici l'énumération :

1re anse : œsophage et estomac, avec point d'attache à l'orifice duodénal;

2e anse : duodénum et orifice duodéno-jéjunal ;

3e anse : anse iléo-côlique, constituée par l'intestin grêle et le côlon ascendant — orifice côlique droit.

4e anse : côlon transverse, qui se subdivise lui-même en deux anses;

5e anse : côlo-sigmoïdale et orifice sigmoïdal.

Ces anses communiquent les unes avec les autres par des points rétrécis, des orifices, qui correspondent précisément aux attaches des ligaments suspenseurs. On comprend que l'existence d'un angle, d'une coudure, d'un tiraillement à ce niveau amène un véritable rétrécissement orificiel.

On comprend aussi que ces orifices peuvent se rétrécir sous l'influence d'un tiraillement exercé à ce niveau. L'orifice de communication de l'anse duodénale avec l'intestin grêle est surtout menacé de rétrécissement. Cela résulte d'une disposition particulière sur laquelle insiste beaucoup M. Glénard.

Au niveau de la coudure que subit le duodénum pour se continuer avec l'intestin grêle, il n'y a pas de mésentère. L'intestin est directement fixé à la colonne vertébrale. Ce n'est pas tout : à cet endroit passe l'artère mésentérique supérieure; elle croise l'intestin en avant en marquant la limite anatomique entre le duodénum et le jéjunum. Cette artère est accompagnée de solides faisceaux fibreux qui vont s'épanouir en éventail dans l'épaisseur du mésentère et constituer un véritable ligament suspenseur de l'intestin.

Si la masse intestinale vient à tirer sur ce ligament, il se produit nécessairement une pression au niveau du point de communication du duodénum avec le jéjunum. La circulation se ralentit au-dessus de l'obstacle, le duodénum et l'estomac se dilatent. Il peut même, si le rétrécissement est porté très loin, se produire de véritables accidents d'occlusion intestinale, ainsi que cela paraît s'être produit dans un cas rapporté par Nicaise. (*Rev. de chirurgie*, 1885.) Il s'agissait surtout d'un épaississement marqué, d'une sorte de rétraction scléreuse des faisceaux fibreux qui accompagnent l'artère mésentérique supérieure à son origine.

L'intestin à l'état normal est maintenu à sa place par les parois abdominales, et cela d'autant plus facilement qu'il renferme une certaine quantité de gaz. Ce gaz a pour avantage, lorsqu'il est en proportion physiologique, de fournir un point d'appui à la sangle abdominale et de diminuer la densité de la masse intestinale. Lorsque l'intestin est vide de gaz, sa densité augmente, il tend à tomber vers le petit bassin. Or, chez les dyspeptiques à entéroptose, il se fait d'abord de l'entérosténose.

L'intestin est resserré sur lui-même, vide de gaz. De là le relâchement des parois du ventre, le contenant étant trop grand pour le contenu, la diminution de la pression abdominale, et, en conséquence, de l'entéroptose.

L'intestin tire donc sur ses ligaments de suspension, ce qui n'est pas sans inconvénient. Les orifices sont d'autant plus exposés à un retrécissement qu'ils sont plus fixes dans leur situation. L'orifice duodéno-jéjunal est le plus fixe de tous. L'orifice qui correspond au coude gauche du côlon est également très fixe. Le coude droit a au contraire une grande tendance à tomber directement en bas. Presque jamais on ne le trouve à sa place. Il est presque constamment abaissé.

L'anse côlique comprise entre les deux coudes est du reste soutenue par un ligament suspenseur spécial très fort et très important, qui va se fixer en haut à la région pylorique de l'estomac. Ce ligament se rencontrerait constamment sur le cadavre. S'il est tiraillé de haut en bas, de l'estomac vers le côlon, il tend à se faire un étranglement à la partie moyenne du côlon. S'il est tiraillé de bas en haut, du côlon vers l'estomac, il se fait un étranglement immédiatement prépylorique, et la traction par l'intermédiaire de l'estomac et de l'épiploon gastro-hépatique se transmet au hile du foie.

« Le côlon est relié à l'estomac d'une façon invariable, c'est-à-dire qu'il lui est suspendu au niveau des quatre premiers centimètres de la grande courbure à partir du pylore. »

Le côlon transverse ne peut donc s'abaisser sans entraîner dans sa chute l'estomac et le foie. C'est une véritable splanchnoptose à laquelle s'ajoute fréquemment la chute du rein, la néphroptose.

Abaissement des organes en masse, tiraillement sur leurs ligaments suspenseurs, étranglement sur certains points, à l'insertion de ces ligaments, telles seront les conséquences de l'entéroptose et de la splanchnoptose. On pourra observer des ectasies des portions du tube digestif situées au-dessus d'un point resserré, et au contraire la constriction des anses vides situées au-dessous. Il est assez facile de se représenter les combinaisons réalisables. Certaines d'entre elles sont plus souvent constatées.

La chute du coude droit du côlon transverse, qui est si fréquente, a pour conséquence le tiraillement sur le ligament qui va du pylore à la partie moyenne du côlon. Il pourra donc se faire un resserrement pylorique, l'abaissement de l'estomac, et par son intermédiaire l'abaissement du foie. Le rein droit suit ce mouvement de descente. L'anse côlique se trouve vide, ses parois sont contractées. Elle forme une sorte de corde transversale qu'il sera possible, par la palpation méthodique, de retrouver sur le vivant.

Quels sont maintenant les symptômes qui correspondent à cette disposition anormale, à cette entéroptose et à cette splanchnoptose?

Ce sont précisément les phénomènes de dyspepsie et de neurasthénie pour lesquels M. Fr. Glénard propose une classification nouvelle.

Pour lui, l'établissement de la dyspepsie dite nerveuse est chose tout à fait artificielle. La subordination des symptômes établie par les auteurs en corps de doctrine ne repose pas sur une base naturelle.

Chez les neurasthéniques dyspeptiques, on peut, suivant le degré

de constance de ces manifestations et suivant l'ordre de leur apparition, distinguer plusieurs séries symptomatiques :

1° Phénomènes asthéniques (faiblesse générale, faiblesse des reins, d'estomac).

2° Phénomènes méso-gastriques, attribuables au tiraillement de l'intestin sur ses ligaments mésentériques (tiraillement, poids, creux, vide, fausse faim);

3° Phénomènes gastriques ou choméliens ; M. Glénard les appelle ainsi pour rendre hommage à Chomel, qui en a donné une très bonne description : (*a*, flatulence et symptômes vaporeux; *b*, douleurs, aigreurs, brûlures, vomissements, serrements, crampes);

4° Phénomènes névrosifomes (insomnie, irritabilité, mélancolie, impuissance, vertiges, céphalalgie, palpitations, bourdonnements, névralgies, crises, etc.).

Il faut ajouter à ce tableau un certain nombre de faits qui constituent des points de repère d'une importance primordiale :

1° Réveil à deux heures du matin avec ou sans malaises;

2° Apparition ou exacerbation des malaises à trois heures du soir ;

3° Aggravation des malaises par l'ingestion de certains aliments (graisse, féculents, vin, lait); M. Glénard a donné un tableau détaillé de ces incompatibilités alimentaires;

4° Irrégularité et insuffisance des selles.

A ces phénomènes cardinaux de la dyspepsie, M. Glénard attribue une interprétation en rapport avec sa conception de l'entéroptose. Pour lui :

1° Les symptômes choméliens sont des symptômes de l'atonie gastrique;

2° Les symptômes neurasthéniques sont des symptômes de la diminution de la tension intra-abdominale;

3° Les symptômes vaporeux, des symptômes de la constriction du corset; ils appartiennent par conséquent essentiellement à la dyspepsie féminine;

4° Les symptômes mésogastriques sont des symptômes d'entéroptose.

Les sensations éprouvées par les malades, l'heure de leurs exacerbations, les causes de leur aggravation ne sont pas tout. L'examen physique du malade, méthodiquement pratiqué, amène à relever un certain nombre de manifestations qui permettent d'affirmer le diagnostic.

La palpation et la percussion de l'abdomen font constater un certain nombre de symptômes matériels : la corde cölique, le cordon iliaque, le boudin cæcal, les battements épigastriques, dont l'interprétation est facile si l'on part des données précédentes. L'épreuve de la sangle vient donner expérimentalement la démonstration de l'entéroptose et de son influence pathogénique. Enfin, fréquemment, il y a non seulement entéroptose, mais splanchnoptose. De ces déplacements d'organes abdominaux, la chute du rein droit, la néphroptose, est la plus importante. M. F. Glénard a proposé pour sa recherche un procédé de palpation qui paraît donner de bons résultats.

Palpation et percussion de l'abdomen. — « L'abdomen, dans le décubitus horizontal, est flasque, plat ou en bateau, et présente une forme de sablier avec une dépression transversale passant par l'ombilic. Il est partout submat à la pression, sauf dans le flanc droit, dans la partie anté-

rieure de l'hypochondre droit et à l'épigastre, quelquefois sous l'hypochondre gauche. »

Les *battements épigastriques*, « anévrysmes des étudiants », sont fréquemment perçus. On constate dans la région épigastrique des pulsations isochrones au pouls dont le malade a quelquefois conscience. Elles peuvent être visibles, sous forme de pulsations vraies ou d'ondulations pulsatiles. Ils ont l'aorte pour siège, « car on les sent toujours à gauche de la ligne médiane, sur un trajet exactement correspondant à celui de cette artère, sur une longueur qui peut varier de 2 à 5 centimètres, limitée en haut par l'extrémité de la neuvième côte gauche, en bas par l'ombilic; la largeur de cette ligne atteint, mais ne dépasse pas 1 centimètre ». Si l'on sent cette pulsation aortique chez certains dyspeptiques, cela tient à ce que le côlon transverse n'est pas à sa place, à ce qu'il est déplacé en bas.

L'existence de la *corde côlique transverse* en est la démonstration. Or, 2 centimètres environ au-dessus de l'ombilic, les battements aortiques peuvent être perçus avec plus d'intensité qu'ailleurs et transmis au doigt par l'intermédiaire d'une petite masse résistante placée au devant de l'aorte. « Cette petite masse donne la sensation d'une corde aplatie, large de 2 cent. 1/2 au plus, et épaisse à peine de 1 centimètre, dont la direction, transversale, croise perpendiculairement celle de l'aorte, et cette corde se continue à droite de ce vaisseau en avant de la colonne, où elle est encore plus appréciable sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

« Elle est mobile de haut en bas; mais tandis qu'en la poussant en haut le doigt ne tarde pas à la perdre, en la tirant en bas on a la sensation qu'elle résiste à cet abaissement; bientôt même et après une excursion de 2 centimètres, lorsqu'on est au niveau de l'ombilic, elle échappe au doigt qui voulait l'abaisser encore, le force, glisse sous lui et remonte à sa position première; on la sent ressauter sous le doigt, et le malade lui-même éprouve cette sensation. Cette petite manœuvre est absolument indolente.

« Cette corde étroite n'est autre que le côlon transverse. »

« Le meilleur procédé pour s'assurer de l'existence de cette corde consiste à comprimer le mésogastre, soit avec le bord cubital de la main, soit avec l'extrémité des doigts, sur une ligne transversale placée à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Si on abaisse la ligne de compression en même temps que le malade fait une expiration, on sentira remonter sous les doigts et on pourra retenir la corde côlique transverse, et passer alternativement au-dessus et au-dessous en pressant contre la face antérieure de la colonne. »

Cordon iliaque gauche. « Si, comprimant, avec l'extrémité des doigts juxtaposés, le flanc gauche sur une ligne parallèle à l'arcade de Fallope, on fait glisser cette ligne de compression parallèlement à elle-même, soit de bas en haut, soit de haut en bas, sur une largeur de 4 à 6 centimètres, on peut sentir et faire rouler un cordon dur et étroit donnant par son volume et sa consistance une sensation analogue à celle que donne, dans le creux poplité, le tendon du demi-tendineux en relâchement. »

Il s'agit de l'S iliaque rétractée, vide de gaz, comme tout à l'heure il s'agissait du côlon transverse.

Boudin cæcal déjeté en dedans. — « Dans le flanc droit, la palpation rencontre un cæcum déjeté en dedans, cylindrique, rénitent, dont la sensation ne peut mieux se comparer qu'à celle donnée par un boudin de 4 à 5 centimètres de diamètre; il est modérément sonore. La pression y détermine une sensation que les malades comparent à une piqûre et qui est parfois vraiment douloureuse, et enfin gargouillement contrastant avec la constipation; mais il est à noter que cette sensation disparaît si l'on maintient la pression quelque temps ou que l'on malaxe le flanc; si l'on veut suivre en haut la direction de ce boudin cæcal, tantôt on le perd en remontant à l'hypochondre, tantôt il conduit à une région gonflée et mal limitée, tantôt il se recourbe en dedans et l'on peut sentir le coude qu'il forme avec le côlon transverse et sur lequel on arrive sans avoir perdu l'intestin. »

Le point de départ de tous ces désordres est dans le rétrécissement de l'intestin, intestin grêle et gros intestin. Il y a entérosténose avant d'y avoir entéroptose : celle-là amène celle-ci. L'intestin, contracté et vide de gaz, présente un poids spécifique plus élevé que l'intestin à l'état normal. Il tend donc à descendre et à tirer sur ses ligaments. Le rétrécissement des matières fécales, du bol fécal, indique cette disposition : c'est ainsi le phénomène prémonitoire de l'entéroptose et de la dyspepsie. Il est curieux de remarquer qu'un autre auteur, Cherchewski, a signalé déjà le rétrécissement du bol fécal au début des crises dyspeptiques.

L'existence de la corde transverse du côlon, des battements épigastriques, du cordon iliaque gauche, du boudin fécal est le fait de l'entérosténose. L'entéroptose, au point de vue physique, se traduit par l'excavation de l'abdomen et la flaccidité de ses parois.

L'existence d'un rein flottant présente une importance très grande. La néphroptose démontre l'entéroptose. M. F. Glénard a indiqué un procédé de recherche du rein déplacé qui paraît des plus sensibles. Grâce à cette technique spéciale, il a constaté la fréquence de la néphroptose chez les dyspeptiques. Il a pu relever 148 fois le rein flottant chez des malades de cet ordre. Sur ces 148 cas, il y avait 131 femmes et 17 hommes. 126 fois il s'agissait du rein droit, 3 fois seulement du rein gauche. Dans 19 cas, le déplacement était double.

Il faut dire que M. Glénard distingue des degrés dans la néphroptose, et qu'il s'agit souvent d'un simple déplacement qui échapperait aux procédés habituels de palpation. Près de la moitié des cas de néphroptose correspond à ce degré initial de mobilité du rein.

La coïncidence de la néphroptose et de la dyspepsie à déjà été signalée. On a signalé en particulier les rapports de la dilatation de l'estomac et du rein flottant. Pour W. Müller, le hile du rein comprimait le duodénum; pour M. Bouchard, le foie congestionné, augmenté de volume, chassait le rein de sa loge et le poussait dans l'abdomen.

Il importe donc en tout cas de rechercher systématiquement l'existence du rein flottant.

L'épreuve de la ceinture consiste à soulever momentanément la masse intestinale; le malade éprouve immédiatement une amélioration caractéristique. On se place derrière le malade. Les mains portées en avant et en bas viennent, à la façon d'une sangle, soulever la masse abdominale. Immédiatement le malade accuse la disparition de la sensa-

tion de pesanteur, de tiraillement, de malaise qui lui est habituelle. Le même résultat est obtenu d'une façon permanente par l'emploi d'une ceinture conçue dans le même but.

La ceinture, il est vrai, ne fait pas disparaître les phénomènes gastriques, choméliens, qui doivent être traités d'une façon particulière. Il s'agit là de symptômes d'atonie qui réclament un traitement indépendant de celui de l'entéroptose.

Telles sont, résumées en un tableau sommaire, les idées de M. F. Glénard sur l'entérosténose et l'entéroptose. Elles ont trouvé un partisan et un défenseur en M. Féréol, qui a fait connaître plusieurs observations en faveur de cette théorie de certaines dyspepsies. Nous avons exposé la doctrine de l'entéroptose sans prendre parti ni pour elle ni contre elle; nous avons essayé seulement d'en donner brièvement un exposé qui permît d'en saisir nettement les données principales.

La flaccidité des parois abdominales paraît avoir un rôle d'une véritable importance dans certaines dyspepsies gastro-intestinales. Il en est ainsi chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses. Il en serait de même chez des individus obèses, atteints de pléthore abdominale, chez ceux encore qui ont subi un notable et rapide amaigrissement. La ceinture abdominale a chez eux une heureuse influence. Il est vrai qu'il n'est plus question ici d'entérosténose primitive, mais seulement et directement d'entéroptose.

Quoi qu'il en soit, il importe de connaître la théorie de l'entéroptose pour la soumettre à la critique, en vérifier les données et, au besoin, en faire l'application.

Les indications thérapeutiques fondamentales qui en découlent seraient les suivantes :

« *a*) Combattre le prolapsus viscéral et augmenter la tension abdominale (sangle pelvienne);

« *b*) Lutter contre l'entérosténose fonctionnelle (laxatifs...);

« *c*) Tonifier les organes digestifs (alcalins, régime de viande et œufs, cure de Vichy, hydrothérapie). »

Il serait indispensable de soumettre les malades soupçonnés ou atteints d'entéroptose aux recherches de chimie clinique récemment proposées et réglementées, de savoir comment ils digèrent, s'ils ont ou non de l'acide chlorhydrique en quantité suffisante ou en excès. Ces épreuves complémentaires sont absolument nécessaires. On ne peut plus s'en dispenser désormais dès qu'on entreprend l'étude des modes cliniques des états dyspeptiques.

Ce n'est qu'en comparant les manifestations chimiques aux manifestations mécaniques ou nervomotrices qu'on arrivera à mettre un ordre scientifique dans les dyspepsies, dont la classification a été trop longtemps abandonnée à la fantaisie et à l'arbitraire. En admettant même que la doctrine de l'entérosténose et de l'entéroptose ne survive pas tout entière, telle que l'a conçue son auteur, il y aura lieu, en tout cas, de tenir compte, dans l'observation, des phénomènes physiques sur lesquels il a attiré l'attention.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1889.

A

Abcès. — Des abcès spirillaires, par Verneuil et Clado (*Acad. des sciences*, 11 février). — Traitement des adénites chroniques et de quelques abcès froids par les injections de naphtol, par Lasserre (*Thèse de Paris,* 16 mai).

Abdomen. — L'origine traumatique des abcès du psoas, par Potter (*Pacific med. Journ.*, févr.). — Note sur quelques lésions consécutives à un grand traumatisme de la région abdominale, par Chrétien (*Gaz. méd. de Paris,* 2 février). — Plaie de l'abdomen par coup de corne; issue d'une partie de la masse intestinale; réduction après lavage à l'eau boriquée. Guérison, par Rébulet (*Normandie médic.*, 15 février). — Plaie pénétrante de l'abdomen par instrument tranchant, hernie de l'intestin grêle, plaie de l'intestin, entérorraphie et suture abdominale; guérison rapide par première intention, par Méjasson (*Arch. de méd. milit.*, avril). — Laparotomie pour plaie de pistolet de l'abdomen, perforation des intestins; guérison, par Bell (*Brit. med. Journ.*, 16 mars). — Traitement de l'ascite par la laparotomie, par T. A. Ashby (*Amer. journ. of obstet.*, janvier). — Traitement de la tympanite par la ponction de l'abdomen, par Jenkyns (*Brit. med. Journ.*, 27 avril). — Présence des cellules épithéliales ciliées dans une tumeur de l'ombilic chez l'adulte, par Tourneux (*Soc. de Biol.*, 9 mars).

Accouchement. — Deux ans de pratique obstétricale, par Montanelli (*Arch. di Ostetrica,* mars). — L'exercice de la profession de sage-femme d'après les principes antiseptiques, par A. Kalt (*Aarau*). — De l'assistance obstétricale en Russie, par Jastroboff (3[e] *Congrès des méd. russes, Saint-Pétersbourg*). — De la sortie prématurée des accouchées hospitalières, par H. Napias (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, X, 1063 et 1093). — Mécanisme de dilatation de l'orifice utérin dans l'accouchement, par Girin (*Gaz. des hôpit.*, 9 avril). — Quelle est la posture normale pour une parturiente, par King (*Amer. Journ. of obstet.*, avril). — Tranchées utérines et chloroforme, par Loviot (*Soc. obstét. et gynéc. de Paris*, 12 avril). — Rupture prématurée des membranes, par Porak (*Soc. obstét. de Paris, Bull. méd.*, 20 mars). — De la formation de la bosse sanguine chez les fœtus morts, par Piot (*Thèse de Paris*, 7 févr.). — Les accouchements précipités à Bâle, de 1867 à 1885, par von der Goltz (*Thèse de Bâle*, 1887). — Physiologie de la délivrance, par T. A. Helme (*Edinb. med. Journ.*, janvier). — De la délivrance artificielle, par Bonnaire (*Progrès médical*, 19 janvier). — Rétention de portion du placenta dans un accouchement à terme; hémorragies secondaires graves; tamponnement; guérison, par Labusquière (*Soc. obstét. et Gynéc. de Paris*, 10 janvier). — Mécanisme

du dégagement des épaules dans la présentation du sommet, par Léonet (*Thèse de Paris*, 4 avril). — Application du défenseur périnéal Chassagny chez une primipare, par Reboul (*Lyon méd.*, 17 mars). — De l'accouchement dans les occipito-postérieures, par Tarnier (*Semaine méd.*, 2 janv.). — Grossesse gémellaire avec présentation podalique; hydramnios d'une poche et placenta vélamenteux correspondant, par Cordella (*Ann. di ost.*, mars). — Dystocie par grossesse prolongée, par G. Cosentino (*Sicilia medica*, p. 30, janvier). — De la conduite à tenir dans la présentation de l'épaule, par Budin (*Progrès médical*, 9 mars). — Note sur un accouchement dans une présentation du front, par Schuhl (*Rev. médicale de l'Est*, n° 4, p. 106). — De la présentation du front, par Bonnaire (*Gaz. des hôp.*, 23 mars). — Présentation du siège, tentatives infructueuses de version par manœuvres externes, enroulement de la tige funiculaire autour du tronc, inversion vélamenteuse du cordon, par Budin (*Arch. de tocolog.*, janvier). — De l'opportunité de la version podalique, par manœuvres externes, pendant l'accouchement prématuré artificiel dans les rétrécissements pelviens, par Bousquet (*Ibid.*, janvier). — De la dystocie, historique et classification, par Eustache (*Journ. sc. méd. Lille*, 5 avril). — Crâniotomie dans le premier accouchement; accouchement prématuré dans la seconde grossesse, par Reynolds (*Boston med. Journ.*, 28 mars). — Spondylizème ou spondylolisthésis, par Neugebauer (*Cent. für Gyn.*, 2 février). — Des injections intra-utérines dans les suites de couches, par Jasieriski (*Thèse de Paris*, 4 avril). — De l'emploi de la gaze iodoformée en obstétrique, par Dührssen (*Berlin*, 1888).

Acné. — De l'acné frontalis necrosica, acné pilaris, par Boeck (*Viertelj. f. Dermat.*, XXI, 1). — Alopécie cicatricielle de la barbe, acné dépilante et cicatricielle, par Besnier (*Ann. de Dermat.*, X, 3, p. 190). — Deuxième observation similaire (*Ibid.*, p. 200). — De l'acné hypertrophique, par Thibault (*Thèse de Paris*, 8 mai). — Traitement de l'acné, par Hermann Isaac (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 janvier).

Acromégalie. — De l'acromégalie, par Erb (*Deut. med. Zeit.*, n° 85, 1888). — Un squelette d'acromégalie, par Broca (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1888). — Acromégalie, autopsie, pas de tumeur pituitaire, sarcome des poumons, par Saundby (*Birmingham and Midland counties Branch of Brit. med. Assoc.*, 1er février).

Actinomycose. — Cas d'actinomycose primitive du poumon gauche, par L. Rütimeyer (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 et 28 janvier). — Actinomycose de la base du crâne. Mort par pneumonie, par Nasse (*Ibid.*, p. 120, 11 févr.). — Actinomycose de la paroi abdominale avec fistule de l'intestin, par Mikulicz (*Ibid.*, p. 122, 11 février). — Actinomycose de la paroi abdominale, par Israel. (*Ibid.*, p. 121, 11 février). — Un cas d'actinomycose de l'abdomen, par Barth. (*Ibid.*, p. 122, 11 février). — Actinomycose chez l'homme, par Powell, Godlee et Taylor. (*Royal med. and chir. Soc.*, 12 février). — Actinomycose de la main, par E. Muller. (*Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Tübingen Herausg. von d. Bruns*, tome III). — Actinomycose du cerveau, par Orloff, (*Vratch.*, n° 41, 1838). — Actinomycose pulmonaire diagnostiquée pendant la vie par l'examen des crachats, par Jekinowitsch. (*Ibid.*, n° 8, 1888). — *Idem*, par Kuschen. (*Ibid.*, n° 19, 1888). — Recherches sur l'actinomycose chez l'homme, par Geissler. (*Breslauer aerzt. Zeit.*, n° 5.) — Actinomycose primitive du poumon, par Laker. (*Wien. med. Wochens.*, n° 1).

Addison (Mal d'). — Maladie d'Addison, par Suckling. (*Midland med. Soc.*, 23 janvier). — Maladie d'Addison, par Willett. (*Brit. med. Journ.*,

2 mars). — Un cas de maladie d'Addison, par HODENPYL. (*New York med. record*, p. 191, 18 février.)

Aérothérapie. — De la respiration d'air à 200° avec l'appareil de Weigert, pour le traitement de la phtisie, par MOSSO et RONDELLI. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, n° 1).

Ainhum.—Un cas d'ainhum à Madagascar, par COGNES. (*Arch. de méd. nav.*, mars).

Air. — Variations numériques des micro-organismes dans l'air de Catane, par CONDORELLI MAUGERI. (*Acad. gioenia di sc. nat. Catane*, XX, p. 11).

Albumine. — Sur la détermination dosimétrique de l'albumine, par HUPPERT et ZAHOR. (*Zeit. f. physiol. Chemie*, XII, p. 467). — Sur le soufre de l'albumine, par A. KRUGER. (*Archiv für gesam. Physiol.*, XLIII, p. 244).

Alcaloïdes. — Recherches sur les alcaloïdes artificiels et naturels, par COLSON. (*Acad. des sciences*, 1er avril).

Alcool. — Sur la recherche des alcools de degré supérieur, par E. DUCLAUX. (*Ann. Institut Pasteur*, p. 480, 1888). — Action des alcools supérieurs sur la fermentation, par P. REGNARD. (*Soc. Biologie*, 2 mars.)

Alcoolisme. — Hémianesthésie et hémiplégie dans l'alcoolisme, par LAMBERT. (*Thèse de Paris*, 15 mai). — Paralysie alcoolique et hystérie, par LABERGE. (*Gaz. méd. Montréal*, février). — Sur les paralysies alcooliques, par BEHAGUE. (*Thèse de Paris*, 11 avril). — Empoisonnement alcoolique chez un enfant, par HUNTER. (*Brit. med. Journ.*, 2 mars).

Aliénation. — Des progrès de la psychiatrie, par SIKORSKY. (3e *Congrès des médecins russes, Saint-Pétersbourg*). — L'assistance et l'hospitalisation des aliénés dans l'Etat de Michigan (Etats-Unis). Système des cottages, par BURR. (*Ann. méd. psych.*, mars). — Les aliénés dans le projet de code civil pour l'empire allemand, par MENDEL. (*Viertel. f. gericht. Med.*, XLIX, p. 252, et L, 101, janvier). — L'assistance des aliénés pauvres d'Ecosse, en dehors des asiles, par HACK TUKE. (*Journ. of mental sc.*, janvier). — Les aliénés méconnus, par O. GIACCHI. (*Lo Sperimentale*, novembre 1888). — Les confins de la psychiatrie, introduction au cours de psychiatrie, par L. BIANCHI. (*Sicilia medica*, p. 146, février). — Les écrits des aliénés (Honorine Mercier). (*Encéphale*, novembre 1888). — Sur les stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence mentale héréditaire, par BAQUE. (*Thèse de Paris*, 21 mars). — Aliénation mentale méconnue, soupçon de simulation, par DAGONET. (*Ann. méd. psychol.*, mai). — La folie chez les cardiaques, par PARANT. (*Ibid.*, mai). — Folie de la puberté, par MAIRET. (*Ibid.* — Les fonctions sexuelles et de reproduction, dans leurs rapports avec la folie, par CLARK. (*Journ. of mental sc.*, octobre 1888). — De la manie aiguë et de la mélancolie consécutives aux opérations gynécologiques, par GAILLARD THOMAS. (*Med. News*, 13 avril). — Folie consécutive aux opérations chirurgicales, par DENT. (*Journ. of mental sc.*, avril). — Six cas de folie puerpérale, par HIRST. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 29, 5 janvier). — Délire des persécutions, par B. BALL. (*Encéphale*, janvier). — Etude casuistique sur la mise en liberté des aliénés, par CHAMBARD. (*Ann. méd. psych.*, novembre 1888). — De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés, par SÉGLAS et BEZANÇON. (*Ibid.*, janvier). — Des caractères stéréotypes des troubles moteurs chez les aliénés, en particulier sur la katatonie, par BINDER. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 3). — Des modifications des réactions galvaniques normales dans la démence paralytique,

par Gerlach. (*Ibid.*, XX, 3). — Etude du délire aigu, deux cas avec dégénérescence musculaire, par Buchholz. (*Ibid.*, XX, 3). — Observation d'incendiaire aliéné, par Baker. (*Journ. of mental sc.*, avril). — Contribution à l'étude de la folie communiquée, par Legrain. (*Arch. de neurol.*, nov. 1888). — Délire des persécutions à deux, par Gauthier. (*Progrès médic.*, 16 février). — Guérison de folie chronique, quatre cas et rappel de quatorze autres cas dans lesquels la guérison est survenue après trois années, par Pope. (*Journ. of mental sc.*, janvier). — Note sur un cas de folie à deux chez cinq membres d'une famille, par Woods. (*Ibid.*, janvier). — Cas de folie à deux, par Nolan. (*Ibid.*, avril). — Contribution à l'étude de la folie communiquée (délire à trois), par Pagès. (*Ann. méd. psych.*, nov. 1888). — De la folie choréique, par Rosaguti. (*Thèse de Montpellier*, 1888). — La jalousie morbide, par Dorez. (*Thèse de Paris*, 11 avril). — Aphasie et folie, par Garnier. (*Arch. de méd.*, février). — Thérapeutique alimentaire appliquée au traitement des aliénés. Revue critique, par Lailler. (*Ann. méd. psych.*, janvier). — Quelques remarques sur l'externat considéré comme moyen d'assister les aliénés pauvres, par Turnbull. (*Journ. of mental sc.*, octobre 1888). — Quels cas d'aliénation peut-on traiter sans internement? par Laudon Carter Gray. (*Amer. journ. of the Med. sc.*, p. 33, janvier). — Considérations générales sur le traitement des aliénés, quinze années d'expériences, par Campbell. (*Ann. méd. psych.*, mai). — Du traitement des psychoses par l'opium, par Ziehen. (*Therap. Monats.*, mars).

Aliment. — Recherches sur la nourriture des Japonais, par Kellner et Mori. (*Zeit. f. Biol.*, XXV, p. 493).

Amnios.—Etude de l'hydramnios, par Barbezieux. (*Thèse de Paris*, 10 avril). — Sur un cas d'hydramnios développé pendant les premières semaines de la grossesse, par Bar. (*Rev. gén. de clin.*, 21 mars). — Hydramnios dans deux grossesses successives; analyse du liquide, par Conrad. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er janvier). — Hydramnios et fœtus anencéphale; hydramnios et ascite congénitale et énorme placenta hypertrophique; hydramnios et syphilis, par L. Bossi. (*Riforma medica*, 12 décembre 1888).

Amputation. — Nouveau procédé pour pratiquer l'amputation ostéoplastique de l'arrière-pied par Jaboulay et Laguaite. (*Lyon médical*, 17 mars.) — La tarsectomie antérieure totale, par Heydenreich. (*Semaine médicale*, 10 avril). — Deux cas d'amputation du membre supérieur dans la contiguité du tronc, par Bennett May. (*Annals of surgery*, p. 434, déc. 1888). — Arrachement de la jambe et de la cuisse, du nerf grand sciatique, amputation de la cuisse, écoulement de liquide céphalo-rachidien, guérison, par Richardson. (*Brit. med. Journ.*, 16 février). — Amputation simultanée des deux jambes, par Messenger. (*Internat. journ. of surgery*, janvier). — Moignon physiologiquement conique de la jambe, par Le Bec. (*Gaz. des hôpitaux*, 16 avril). — Résultat éloigné de la désarticulation du genou, par Polaillon. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 876).

Amygdale. — L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée chez les vieillards, par Solis Cohen. (*Journ. of laryngol.*, février). — Des affections de l'amygdale linguale, par Hagen. (*Berichte d. med. Gesells. zu Leipzig*, 16 octobre 1888). — Amygdalite infectieuse grave, par Cazin et Iscovesco. (*France médicale*, 8 janvier). — Un cas d'amygdalite folliculaire aiguë infectieuse; contribution à l'étude des localisations rares du virus pneumonique, par Gabbi. (*Sperimentale*, avril). — Un cas d'amygdalite phlegmoneuse, par F. Massei. (*Riforma medica*, 23 et 24 mars). — Abcès chronique de l'amygdale droite simulant un fibrome, par Natier. (*Ann. de la Poli-*

clin. de Bordeaux, n° 1). — Des abcès chroniques enkystés de l'amygdale consécutifs à l'amygdalite suppurée, par Garel. (*Annales des maladies de l'oreille*, janvier). — Traitement de l'amygdalite par le salicylate de soude, par Smith. (*Med. News*, 5 janvier). — Papillome de l'amygdale, volume d'un œuf, fille de 13 ans, par Morgan. (*Sunderland and North Durhan med. Soc.*, 21 février). — Sarcome alvéolaire de l'amygdale, par Gray. (*Amer. Journ. of med. sc.*, février). — Lymphosarcome de l'amygdale, par Schnitzler. (*Soc. des méd. de Vienne*, 12 avril.) — Sarcome de l'amygdale, relevé bibliog. de 19 cas, par Mac Coy. (*Med. News*, 2 février). — Cancer primitif de l'amygdale, par Dor. (*Lyon médical*, p. 184, 3 février). — Etude critique sur le traitement des tumeurs malignes de l'amygdale et de la région périamygdalienne, par Plicque. (*Ann. des maladies de l'oreille*, avril). — Extirpation des amygdales, par Maxwell. (*Philad. med., Reporter*, 10 février).

Anatomie. — Sur l'emploi des fluosilicates pour la conservation des cadavres, par Nicolas. (*Gaz. hebd. de méd.*, 22 mars). — Une méthode de durcissement du système nerveux central, par Benda. (*Centr. f. d. med. Wiss.*, n° 26, 1888). — Des lois de la morphogénie chez les animaux, par Marey. (*Arch. de physiol.*, nos 1-2, janvier-avril).

Anémie. — De l'anémie pernicieuse progressive, par Hanot et Legry. (*Arch. de méd.*, janvier). — Anémie pernicieuse, par Graves. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 22 mars). — Anémie progressive pernicieuse, par Wessinger. (*New York med. Journ.*, 30 juin 1888).

Anesthésie. — Sur la préparation du chloroforme destiné à l'anesthésie, par Dumouthiers. (*Gaz. hebd. de méd.*, 25 janvier). — Nouveau procédé d'anesthésie locale, par Voituriez. (*Journ. sc. méd. Lille*, 18 janv.) — Appareil de poche pour l'anesthésie chirurgicale et obstétricale, par Poitou-Duplessy. (*Arch. de méd. nav.*, février). — De l'anesthésie par l'éther, par Fritz Dumont (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er décembre 1888). — Sur des phénomènes d'excitation motrice dans la chloroformisation complète, par R. Jaksch. (*Wiener med. Wochensch.*, n° 10). — Emploi de la cocaïne comme anesthésique dans les cas de phimosis réclamant l'opération, par Mac Lachlan. (*Brit. med. Journ.*, 27 avril). — De l'anesthésie à la cocaïne en chirurgie, par F. Buscarlet. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 24, janvier). — Le chlorure de méthyle comme anesthésique local, par Ernst Feibes. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 102, 4 février). — Sur le stypage, par Figuet. (*Lyon médical*, 7 avril). — Sur l'action anesthésique locale de l'éthoxycaféine, par T. Ceola. (*La Terapia moderna*, n° 8, 1888).

Anévrisme. — Anévrismes syphilitiques, par Mauriac. (*Bull. méd.*, 5 mai). — Les anévrismes latents et obscurs de la crosse de l'aorte, par Cardarelli. (*Riforma med.*, 28 février). — Trois cas d'anévrisme aortique à pouls radial plus fort du côté malade, par Litten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, p. 37, 14 janvier). — Guérison spontanée d'un anévrisme de l'aorte abdominale, par Vogel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 janvier). — Anévrisme de la crosse aortique avec sarcome du médiastin, par Virchow. (*Ibid.*, p. 119, 11 février). — Anévrisme de la crosse de l'aorte, par Ross. (*Montreal med. chir. Soc.*, 11 janvier). — Anévrisme de la crosse de l'aorte. Mort subite sans rupture du sac. Des causes de la mort subite dans ces cas, par John Ely. (*New York med. Record.*, p. 88, 26 janvier). — Anévrisme de l'aorte; perforation sternale, par L. Wickham. (*Bull. Soc. anat.*, p. 51). — Anévrisme de l'aorte abdominale, deux cas, par Michon et Toussaint. (*Lyon médical*, p. 24, 6 janvier). — Anévrisme de l'aorte descendante, érosions profondes de la colonne vertébrale; mort brusque par perforation de la

poche, par Alamartine. (*Loire médicale*, 15 mars).—Anévrisme de l'aorte, par J. Tison. (*Bull. Soc. anat.*, p. 1).—Observation anomale d'anévrisme aortique, par Williams. (*Med. Soc. of London*, 15 avril). — Un cas d'anévrisme d'une branche de l'artère pulmonaire dans le cours d'une tuberculose pulmonaire, par Haushalter. (*Revue de méd.*, avril). — Blessure de l'œil, anévrisme de l'artère orbitaire ou communication de la carotide et du sinus caverneux, par Kretschmer. (*Centr. f. prakt. Augenh.*, avril). — Un cas d'anévrisme par arrachement de la carotide externe et de ses ramifications guérie par la ligature de la carotide primitive et des artères principales de la tumeur, par M. Giommi. (*Riforma medica*, 27 mars). — Plaie pénétrante par instrument tranchant, anévrisme du sinus veineux de la carotide interne et de la jugulaire interne; mort au 10e jour, par Josso. (*Gaz. méd. de Nantes*, 2 avril 1888). — Ligature de la carotide primitive pour un anévrisme artério-veineux du cou, plaie par arme à feu; jeune fille de 24 ans; guérison, par Sutherland. (*Montreal med. chir. Soc.*, 26 mars). — Ligature de l'artère sous-clavière pour anévrisme axillaire. Guérison de l'anévrisme; mort un mois après, de lésions aortiques, par G. Wright. (*Ann. of surgery*, p. 362, novembre 1888). —Anévrisme faux de l'artère fémorale, par Hochenegg. (*Wiener klin. Wochens.*, n° 34, 1889.)—Anévrisme traumatique de la cuisse droite, ligature de la fémorale; guérison, par Sibthorpe. (*Brit. med. Journ.*, 20 avril.) — Anévrisme de l'artère poplitée survenu brusquement à la suite de marches prolongées, traitement par la flexion forcée, guérison de l'anévrisme, ankylose fibreuse du genou à angle droit, redressement progressif, puis brusque du membre, guérison complète, par Sagrandi. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — Anévrisme artério-veineux du creux poplité. Cure radicale, par P. Delbet. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 36.) — Anévrismes des artères brachiale et cubitale consécutifs à une embolie, par Mott. (*Pathol. Soc. of London*, 2 avril.) — Anévrisme variqueux de la veine et de l'artère splénique, par Goodhart. (*Ibid.*, 7 mai.) — Pronostic et traitement des anévrismes artério-veineux, par Delbet. (*Thèse de Paris*, 27 février.) — Du traitement des anévrimes externes, par Pierre Delbet. (*Revue de chirurgie*, p. 533, 789, 869, 998, 1889; p. 21, 1899.)

Angine.—De l'angine herpétique, par J. Solis Cohen. (*N. York med. Journ.*, 23 mars.) — Phlegmon infectieux sous-maxillaire, par Schwartz. (*Soc. de méd. pratique*, 21 mars.) — Artério-sclérose et angine de poitrine, par Bilhaut. (*Rev. gén. de clin.*, 28 février.) — Sur un fait d'angine de poitrine, par Potain. (*Semaine médicale*, 20 mars.) — Angine de poitrine, probablement par oblitération vasculaire se manifestant successivement sur tout le système artériel et donnant lieu à des accidents divers, par Magnin. (*Rev. génér. de clin.*, 7 février.)

Angiome. — Nævus pilosus avec sarcome pigmenté, par Moller. (*Wiener med. Wochensch.*, n° 13.) — Traitement des tumeurs érectiles par les injections d'eau oxygénée, par Mosetig Moorhof. (*Wiener med. Woch.*, n° 1 et *Semaine médicale*, 30 janv.)

Ankylostomiase.—L'ankylostome duodénal, par Schopf. (*Wien. med. Presse*, n° 34, p. 1232, 1888.) — Un second cas de mort par ankylostomiase à l'hôpital de Messine, par L. Facciola. (*Il Morgagni*, janvier.)

Anomalie. — Anomalies congénitales de l'iléon, par Hudson. (*Pathol. Soc. of London*, 19 février.) — Transposition des viscères thoraciques et abdominaux, par Littlejohn. (*Edinb. med. Journ.*, avril.) — Macrocéphalie et lipomatose, par Money. (*Med. Soc. of London*, 25 février.)

Anthrax. — Anthrax guéri par des pulvérisations de sublimé corrosif, par Bogdan. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, juillet.) — Etude sur la vaccination préventive de l'anthrax, par Lingard. (*Fortsch. der Med.*, VII, n° 8.)

Antisepsie. —Quelques mesures antiseptiques adoptées à New-York Eye and ear Infirmary, par Mittendorf. (*Intern. Journ. of surg.*, janv.) — L'oxychlorure d'hydrargyre comme antiseptique, par Chibret. (*Soc. d'Ophtal.*, 5 février.) — Etude comparative sur la valeur antiseptique des solutions de biiodure, de bichlorure de mercure et de fluosilicate de soude, par Vignerat. (*Ann. de Micrographie*, II, 5.)

Anus. — Sur un cas d'absence d'anus et malformation des organes génitaux, par Quénu. (*Ann. de Gynéc.*, mai.) — Le traitement de la fistule à l'anus, par Ch. Kelsey. (*New York med. Record.*, 16 février.) — De la réunion par première intention pour la cure radicale de la fistule à l'anus, par Ricard. (*Gaz. des hôpit.*, 22 janvier.) —De la réunion par première intention pour la cure rapide de la fistule à l'anus, par Verchère. (*France médicale*, 15 septembre 1888.) — Quelques observations de colotomie iliaque, par Molinié. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — Entérostomie, par Mollière. (*Lyon médical*, 17 mars.) — Colotomie inguinale, par Allingham. (*Med. Soc. of London*, 14 janvier.) — Colotomie inguinale opposée à la colotomie lombaire, par Cripps. (*Harveian Soc. of London*, 28 mars.) — Colotomie pour épithélioma, par Frankes. (*Royal med. and chir. Soc.*, 26 février.)

Aorte. — Du mécanisme de fermeture des valvules aortiques, par Ottomar Rosenbach. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 26, 14 janvier.)

Aponévrose. — Examen microscopique d'un myxosarcome du fascia lata, par Ludwig Helmann. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXIV, 2.)

Appareil. — Sur un nouveau système d'objectif redresseur à longs foyers; sur un nouveau pied porte-loupe, par Malassez. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Sur un diffusiographe, par P. Regnard. (*Soc. Biologie*, 5 janv.) — Support de lampe pour le chauffage des piles thermo-électriques, par G. Mayerhauser. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 94, 4 février.) — Modification au stéthoscope de Laennec, par E. Baquis. (*Lo Sperimentale*, octobre 1888.) — Crochet palatin et abaisse-langue, par Dionisio. (*Giornale della R. Acad. di med. di Torino*, janvier.) — Pinces porte-aiguilles, par Pozzi. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 898.)— Aiguille à suture, par Lamblin. (*Ibid.*, XIV, p. 896.) — Canule à trachéotomie, par Périer. (*Ibid.*, XIV, p. 897.) — Petit pulvérisateur à vapeur avec robinet sur le tube d'aspiration du liquide par Collin. (*Ibid.*, XIV, p. 683.) — Table destinée à la désinfection des instruments et à leur conservation à l'état aseptique pendant les opérations, par Berger. (*Ibid.*, XIV, p. 819.) — 1° Béquille pour maintenir l'écartement des jambes; 2° spéculum amovo-inamovible, par Boureau. (*Ibid.*, XIV, p. 852.) — Curette utérine, par Assaky. (*Ibid.*, XIV, p. 852.) — Appareil défenseur du périnée, par Chassagny. (*Ibid.*, XIV, p. 791.) — Note sur une bougie filiforme à intérieur métallique, par Bazy. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, mars.) — Nouveau basiotribe, par Bar. (*Journ. de méd. Paris*, 17 févr.) — Appareils pour les fractures de cuisse chez les enfants, par Pierron. (*Ibid.*, 17 févr.)—Membres artificiels, par Cathcart. (*Edinb. med. Journ.*, févr.)

Artère. — Sur les modifications de structure que subissent les parois artérielles à l'origine des collatérales, par F. Curtis. (*Soc. Biologie*, 21 avril 1888.) — Anomalies de l'artère linguale et des artères thyroïdiennes inférieures, par Shepherd. (*Montreal med. chir. Soc.*, 22 févr.) — Sur une

absence de l'artère radiale, par Fragnard. (*Poitou médical*, 1er mars.) — L'artériosclérose et la pléthore, par Sée. (*Bull. méd.*, 17 mars.) — Ulcération de l'artère radiale au contact d'un drain, par Le Bec. (*France médic.*, 31 août 1888.) — Ectasie de l'aorte et de la sous-clavière ; compression des filets radiculaires du plexus brachial, par M. Besancon. (*France médicale*, 20 septembre 1888.) — Rupture de l'artère poplitée, transfusion, guérison, par Anderson. (*Nottingham med. chir. Soc.*, 1er févr.) — Procédé pour la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, par Rydygier. (*Centr. f. Chir.*, n° 14, 6 avril.)

Articulation. — Nature des ligaments, par Bland Sutton. (*Journ. of Anat.*, janvier.) — De l'arthrodesis des articulations paralysées, par Turinger. (*Wiener med. Wochens.*, n° 6.) — De la métatarsalgie antérieure, par Pollosson. (*Province médicale*, 9 févr.) — Sur une forme d'arthrite douloureuse prolongée. Arthralgie à forme névralgique, par Ch. Audry. (*Revue de chirurgie*; p. 829, 1888.) — Pathogénie et mode de propagation de la tuberculose articulaire, par Pawlowski. (3e *Congrès des méd. russes St-Pétersbourg.*) — Traitement de la tuberculose péri-et intra-articulaire, par Mc. Ardle. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 18 janv.) — Sur un cas d'ostéosynovite fongueuse du coude, indications opératoires, par Piéchaud. (*Gaz. hebd. sc. méd., Bordeaux*, 17 mars.) — Arthropathie du genou chez un tabétique, par J. Reboul. (*Bull. Soc. anat.*, p. 55.)— Arthrite du genou et de la hanche du même côté, par Sayre. (*New York Acad. of med.*, 15 févr.) — Prévention et traitement de l'adduction dans la coxalgie, par Taylor. (*Med. News*, 23 mars.) — Arthrite aiguë de la hanche, par Cummins. (*Brit. med. Journ.*, 19 janv.) — Coxalgie avec abcès par congestion pelviens sans perforation de la cavité cotyloïde, par Sonnenburg. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 déc. 1888.) — Deux cas d'arthrectomie de la synoviale du genou avec mobilité du membre conservée, par Israel. (*Ibid.*, p. 101, 4 févr.)— Un cas d'arthrectomie du genou pour arthropathie névropatique, par Julius Wolff. (*Ibid.*, p. 105, 11 févr.) — Observations et notes sur le traitement des arthrites fongueuses et leur terminaison au genou, par T. Secchi. (*Riforma medica,* 6 déc.) — La question d'intervention dans les abcès de la hanche, par Judson. (*New York Acad. of med.*, 18 janv.) — De l'intervention précoce dans les arthrites tuberculeuses, par Podrése. (3e *Congrès des méd. russes, St-Pétersbourg.*) — Plaies multiples de la main et de l'avant-broit avec sections nerveuses et artérielles et ouverture de l'articulation du poignet. Conservation ; guérison, par Boursier. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 janv.) — Corps étrangers articulaires, par Humphry. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Des corps étrangers articulaires traumatiques et de leur traitement par l'arthrotomie, par Claudot. (*Arch. de méd. milit.*, févr.) — Corps étrangers articulaires, par Krug-Basse. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 882.)

Asthme. — La pathogénie et le traitement de la fièvre des foins, revue critique, par Ruault. (*Arch. de laryngol.*, II, n° 1.) — Pseudofièvre des foins, par Bronner. (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 1er mars.) — De la dyspnée dans l'asthme et dans la bronchite, et de son traitement par les nitrites, par T. Fraser. (*Trans. Edinb. med. chir. Soc.*, vol. VI.)—Traitement de l'asthme par la quinoïdine, par Bufalini. (*Progresso med.*, 1er avril.)

Auscultation. — De la pectoriloquie dans les maladies de poitrine et comme signe de début de la tuberculose pulmonaire, par Azoulay. (*Thèse de Paris*, 28 févr.)

Avortement. — Causes et traitement de l'avortement, par Reid Rensoul.

(In-8°, *Edimbourg.*) — Des causes de l'avortement habituel, par CONRAD. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, janv.) — Deux cas d'avortement dus à la mort ancienne de l'embryon, par LANCRY. (*Journ. sc. méd. Lille*, 8 mars.) — De l'avortement criminel par insufflation d'air dans l'utérus, par WARD. (*Albany med. Annals*, janv.)

B

Bactériologie. — Associations microbiennes, par BOINET et RASER. (*Lyon méd., p.* 488, 31 mars.) — Quelques effets des associations microbiennes, par ROGER. (*Soc. biologie*, 19 janv.) — Microbes et prédispositions, par HERZEN. (*Semaine méd.*, 6 mars.) — Sur le rôle des poisons d'origine microbienne dans les maladies infectieuses, par BOUCHARD. (*Gaz. hebd. de méd.*, 22 fév.) — Les bactéries, par STERNBERG, observations, par CH. RICHET. (*Rev. scientif.*, 16 mars.) — Sur les propriétés vaccinales de microbes ci-devant pathogènes transformés en microbes simplement saprogènes destitués de toutes propriétés virulentes, par CHAUVEAU. (*Acad. des sc.*, 18 fév., et *Arch. de méd. expér.*, I, n° 2.) — Les microbes ci-devant pathogènes, n'ayant conservé, en apparence, que la propriété de végéter en dehors des milieux vivants, peuvent-ils récupérer leurs propriétés infectieuses primitives? par CHAUVEAU. (*Acad. des sc.*, 25 fév.) — Notes sur la technique bactériologique, par SCHILL. (*Cent. f. Bakter.*, V, n° 10.) — Des modifications du micrococcus prodigiosus dans le bouillon acide, par KÜBLER. (*Cent. f. Bakter.*, V, n° 10.) — Nouvelle méthode de cultures anaérobies, par JEFFRIES. (*Med. News*, 30 mars.) — Des procédés usités pour le dosage des bactéries atmosphériques, par P. MIQUEL. (*Ann. Inst. Pasteur*, p. 364, 1888.) — Action de l'acide carbonique sur la vitalité des microorganismes, par FRAENKEL. (*Zeit. f. Hygiene*, V, 2.) — De l'action du suc gastrique sur quelques microbes pathogènes, par STRAUS et WURTZ. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Sur la conservation des microbes, par E. DUCLAUX. (*Ann. Institut Pasteur*, fév.) — Sur une méthode nouvelle et rapide de coloration de la capsule du pneumobacille de Fränkel, par U. GABBI. (*Riforma med.*, 6 fév.) — Contribution à l'étude du pléomorphisme des bactériens, par E. METCHNIKOFF. (*Ann. Institut Pasteur*, 25 fév.) — De l'absence des microbes dans les tissus végétaux, par A. DI VESTEA. (*Ann. Inst. Pasteur*, p. 670; 1888.) — De l'absence des microbes dans les tissus végétaux, par A. FERNBACH. (*Ibidem*, p. 567, 1888.) — Essai sur la recherche, l'isolement et l'emploi vaccinal des excreta solubles de certains microbes pathogènes, par RICOCHON. (*Gaz. hebd. de méd.*, 4 janv.) — De l'action de la lumière sur les microbes, par ONIMUS. (*Thèse de Paris*, 11 avril.) — Recherches bactériologiques sur la désinfection des locaux par les substances gazeuses, et en particulier par l'acide sulfureux, par DUBIEF et BRUHL. (*Acad. des sc.*, 15 avril.) — De l'arrêt des bactéries dans les poumons, par WISSOKOWITCH. (3e *Cong. des méd. russes. Saint-Pétersbourg.*) — De la recherche des microorganismes dans les épanchements pleuraux, par A. GILBERT et G. LION. (*Ann. Inst. Pasteur*, p. 662; 1888.) — Sur la détermination des espèces microbiennes, en particulier du bacille d'Eberth, par RODET. (*Lyon méd.*, 24 fév.) — Conservation de la vitalité des bacilles du choléra et de la fièvre typhoïde dans les matières fécales, par UFFELMANN. (*Cent. f. Bakteriol.*, V, n° 15.) — Recherches physiologiques sur les sulfobactéries, par S. WINOGRADSKY. (*Ann. Institut Pasteur*, 25 fév.) — Sur un nouveau

bacille capsulé, par Pfeiffer. (*Zeit. f. Hyg.*, VI, 1, p. 145.) — Bacillus heminecrobiophilus, par Arloing. (*Lyon méd.*, p. 486, 31 mars.) — Effets généraux des substances produites par le bacillus heminecrobiophilus dans les milieux de culture naturels et artificiels, par Arloing. (*Acad. des sciences*, 4 mars.) — Effets locaux zymotiques des substances solubles contenus dans les cultures du bacillus heminecrobiophilus, par Arloing. (*Acad. des sciences,* 11 mars.) — La bactérioscopie comme critérium diagnostique de la méningite cérébrospinale (diagnostic fait pendant la vie par la constatation du diplocoque de Fränkel dans le sang extrait du foie par la ponction exploratrice), par C. Bozzolo. (*Riforma med.,* 22 fév.) — Proportion des bactéries dans les processus suppuratifs, en particulier du streptococcus pyogenes , par Holst. (*Norsk Magaz. f. Lägevid.*, mars 1888.) — Maladie pyocyanique, lésions diverses des reins et de l'estomac, par Charrin et Ruffer. (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 18.) — Mécanisme de la fièvre dans la maladie pyocyanique, par Charrin et Ruffer. (*Soc. biologie*, 26 janv.) — De la quantité des bactéries dans le contenu du tube gastro-entérique de quelques animaux, par de Giaxa. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 2.)

Bain. — Sur l'influence thérapeutique des bains chauds et froids, par Mohamed Ben Amor. (*Thèse de Paris,* 15 mai.)

Bassin. — Contribution à l'anatomie normale du plancher du bassin chez la femme, par Symington. (*Edinb. med. journ.,* fév.) — Contribution à l'étude du bassin oblique ovalaire avec ankylose et du bassin plat non rachitique, par G. Cosentino. (*Sicilia medica*, p. 115, fév.) — Relâchement et rupture des symphises du bassin, par Rémy. (*Arch. de tocol.,* avril.) — Des abcès pelviens, par Cushing. (*Buffalo med. journ.,* fév.) — Cancer de la cavité pelvienne et du poumon, par Bonnaud. (*Lyon méd.*, p. 137, 27 janv.) — Sarcome pelvien d'origine traumatique, par Juergens. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 déc. 1888.) — Quatre cas de fracture du bassin, par F. Kloos. (*Bruns Mittheilung. aus der chirurg. Klinik zu Tübingen*, t. III.) — Observation de fracture du bassin et de rupture de l'urètre, par Gallois. (*Dauphiné méd.*, janv.)

Bec-de-lièvre. — Du bec-de-lièvre compliqué, par F. Verchère. (*France méd.*, 13 nov. 1888.) — Bec-de-lièvre compliqué, par A. et F. Suarez de Mendoza. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 août 1888.)

Béribéri. — Du béribéri, par Morris. (*Epidemiol. Soc. London,* 10 avril.) — Diagnostic, pathogénie et traitement du béribéri, par Almeida Conto. (*Bull. méd.* 9 janv.)

Biliaires (Voies). — Recherche de l'urobiline dans la bile, par Winter. (*Soc. biologie*, 23 fév.) — Sur l'apparition rapide de l'oxyhémoglobine dans la bile et sur quelques caractères spectroscopiques normaux de ce liquide, par Wertheimer et Meyer. (*Acad. des sc.,* 18 fév.) — Catarrhe aigu infectieux des voies biliaires, par Botkin. (*Jegenedelnaia klin. Gac.*, n° 37, 1888.) — De la lithiase biliaire, pathogénie, étiologie, traitement, par V. Ollier. (*Lyon méd.*, 28 avril.) — Issue d'un calcul biliaire hors de la vésicule biliaire ; encapsulement de ce calcul à la surface supérieure du foie ; passage de la bile dans les poumons, par Aufrecht. (*D. Arch. f. klin. Med.,* XLIII, p. 295.) — Note sur un cas de fistule biliaire hépato-bronchique ayant duré pendant 10 mois, et terminée par la guérison, par J. Thiroloix. (*France méd.*, 29 déc. 1888.) — Pénétration dans le foie d'un calcul de la vésicule biliaire, avec hémorragie et rupture consécutive du foie, par Aufrecht. (*D. Arch. f. klin. Med., XLIII*, p. 516.) — Calcul

biliaire et obstruction intestinale, par Létal. (*Lyon méd.*, p. 644, 28 avril.) — Sclérose hépatique diffuse par lithiase biliaire, par Rendu. (*Gaz. des hôp.*, 12 fév.) — Traitement de la lithiase biliaire par les ingestions d'huile d'olive à haute dose, par Marciguey et Boymond. (*Rev. gén. de clin.*, 14 mars.) — Traitement de la colique hépatique par l'ingestion d'huile d'olive à hautes doses, par Durand. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 17 mars.) — Présentation d'une femme ayant subi il y a trois ans une cholécystectomie pour lithiase. Santé parfaite. Présentation d'une malade ayant subi la cholécystotomie idéale pour hydropisie de la vésicule causée par un calcul du canal cystique. Guérison apyrétique, par Krœnlein. (*Corresp.-Bl. f. sch. Aerzte*, 1er janv.) — Réflexions à propos d'un cas de cholécystotomie, par Terrillon. (*Revue de chirurgie,* p. 915, 1888.)

Blennorragie. — Les associations microbiennes de l'urètre, leur rôle dans la blennorragie et ses complications, par Legrain. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, mars.) — Le gonococcus dans la blennorragie de la femme, par G. Pescione. (*Riforma med.*, 13 et 15 mars.) — Recherches sur le gonococcus dans la blennorragie de la femme, par Welander. (*Bull. méd.*, 2 janv.) — Blennorrhée et spermatorrhée, par Du Castel. (*Gaz. des hôp.*, 3 janv.) — Présence du gonococcus de Neisser dans un écoulement urétral survenu sans rapports sexuels, par Straus. (*Arch. de méd. expér.* I, n° 2.) — Les diverses sortes de blennorrhée, par Augagneur. (*Province méd.*, 19 janv.) — Blennorrhée des organes sexuels et ses complications, par Finger. (In-8°. *Leipzig.*) — Observations sur la blennorragie, étiologie, traitement, par Bryson. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Stomatite blennorragique, par Cutler. (*Intern. klin. Rundschau*, 26 janv.) — Sur un cas d'érythème blennorragique, par de Molènes. (*Ann. de dermat.*, X, 2.) — De la folliculite préputiale et périurétrale gonorrhéique, par Touton. (*Viertelj. f. Dermat.*, XXI, 1). — Examen de l'urine dans la blennorragie localisée, par Goldenberg. (*N. York med. record*, p. 700, 15 déc. 1888.)— Du traitement de l'orchi-épididymite blennorragique par le suspensoir ouaté et imperméable, par Langlebert. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, avril.) — Ankylose progressive du squelette consécutive à une blennorragie, par Alex. Morison. (*Brit. med. journ.*, p. 880, oct. 1888.) — Hydarthrose blennorragique ; traitement ; pathogénie, par Widal. (*Gaz. hebd. de médec.*, 11 janv.). — Quelques données sur le traitement de la blennorragie, par Jullien. (*Bull. méd.*, 8 mai.) — De l'écouvillonnage de l'urètre suivi d'injections de sublimé au dix-millième, par Huguet. (*Ann. mal. des org. urin.*, mai.) — Blennorragie ; traitement abortif, par Diday. (*Lyon méd.*, p. 104, 20 janv., et *Ann. de dermat.*, n° 1.) — Quel est le traitement le plus efficace de l'ophtalmie blennorragique des nouveau-nés ou des adultes (nitrate d'argent, lavages au sublimé), par Grandclément. (*Lyon méd.*, p. 267, 17 fév.) — Traitement de la blennorrhée lacrymale des nouveau-nés, par Weiss. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, janv.) — Traitement de la gonorrhée, poudre d'acide borique introduite avec une sorte d'urétroscope, par Zeissler. (*N. York med. Rec.*, 19 janv.)

Bouche. — Inoculation des liquides buccaux, par Gueit. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Xérostomie, bouche sèche, par Hadden. (*Brain*, n° 44, janv.) — Stomatite gangreneuse ; nouveau traitement, par Llewellyn. (*Med. and surg. Rep.*, 23 fév.) — Des affections non chirurgicales de la bouche, par Forchheimer. (*Arch. of pediat.*, janv.)

Branchie. — Contribution à l'étude des tératomes ; fibro-chondromes branchiaux, par Pilliet. (*Progrès médical*, 5 janv.)

Bronche. — Bronchite goutteuse, par Grant. (*Brit. med. journ.*, 2 fév.) —

Sur la bronchite liée à l'herpétisme, par Goilar. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — Du traitement de la bronchite capillaire, par Simon. (*Semaine médic.*, 1[er] mai.) — Rupture complète de la bronche gauche par une côte fracturée, par Sheild. (*Pathol. Soc. of London*, 19 mars.) — Cancer de la bronche gauche et de la racine du poumon, par Handford. (*Path. Soc. of London*, 5 fév.)

C

Cancer. — Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes, par Brazzola. (*Bull. delle sc. med.*, n° 2.) — Nouvelles recherches bactériologiques sur le carcinome, par G. Sanarelli. (*Riforma med.*, 12 mars.) — Sur le prétendu bacille du cancer, par C. Sanquirico. (*Riforma med.*, 23 fév.) — Le bacille du cancer, par Koubassoff. (3[e] *Cong. des méd. russes*, *St-Pétersbourg.*) — Du cancer et des maladies cancéreuses, par Spencer Wells. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 337.) — Du carcinome, par Fortes. (In-8°, *Munich*, 1888.) — Cylindroma carcinomatodes, par Handford. (*Pathol. Soc. of London*, 2 avril.) — Le cancer dans une commune de Normandie. Nature contagieuse et mode de propagation du mal, par Arnaudet. (*Normandie médic.*, 1[er] fév.) — Fréquence du cancer dans un bourg de Normandie, par Rébulet. (*Normandie médic.*, 1[er] avril.) — Du revêtement cutané chirurgical des cancers ulcérés inopérables, par Kraske. (*Münchener medicin. Woch.*, 1[er] janv.) — Sur la question du revêtement cutané chirurgical des cancers ulcérés inopérables, par Lauenstein. (*Ibid.*, 15 janv.) — L'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen, par Troisier. (*Arch. de méd.*, fév.) — Lymphangite cancéreuse pleuro-pulmonaire sans cancer du poumon, par Girode. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Cartilage. — Enchondrome de la joue, par Welch. (*Brit. med. journ.*, 16 mars.)

Cellule. — Des phagocytes, par Osler. (*Med. News*, 13 avril.) — De la karyokinèse et de ses relations avec le processus de la fécondation, par Waldeyer. (*Arch. de tocol.*, fév.) — Recherches sur la digestion intracellulaire, par E. Metschnikoff. (*Ann. Institut Pasteur*, 25 janv.) — Sur la nutrition intracellulaire, par E. Duclaux. (*Ibidem*, 25 mars.)

Céphalotripsie. — Méthodes de crâniotomie, par Donald. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 28.) — Application du basiotribe dans la crâniotomie, par Jamin. (*Lyon méd.*, p. 25, 6 janv.) — Bassin vicié, rétrécissement de 5 centimètres et demi ; céphalotripsie répétée, guérison en huit jours, par Coulhon. (*Gaz. des hôp.*, 9 mars.) — Céphalotribe et basiotribe, par Varnier. (*Gaz. hebd. de méd.*, 29 mars.)

Cerveau. — Signification des diverses couches de cellules ganglionnaires de la circonvolution sigmoïde du chat, par von Monakow. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1[er] octobre 1888.) — Étude expérimentale et anatomo-pathologique sur les centres et trajets optiques, par Monakow. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 3.) — Variété dans le trajet et la distribution de l'artère cérébrale antérieure, par Hédou et Labougle. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 10 fév.) — Recherches cliniques et expérimentales sur les entre-croisements des conducteurs servant aux mouvements volontaires, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, n[os] 1-2, janv.-avril.) — Le centre thermo-polypnéique, par Ott. (*N. York neurolog. Assoc.*, 8 janv.) — Note sur l'excitabilité expérimentale de la substance grise corticale du cerveau, par

PAULO DE CARVALHO. (*C. R. Soc. biologie.*, 28 juillet 1888.) — La circulation cérébrale de l'homme à l'état normal et sous l'influence des substances hypnogènes, par RUMMO et FERRANNINI. (*Arch. ital. de biol.*. XI, 2.) — Les courants induits unipolaires dans l'étude de l'excitabilité électrique du cerveau, par NEGRO. (*Ibidem.*) — Expériences sur la topographie crânio-cérébrale, par ANDERSON et MAKINS. (*Journ. of Anat.*, avril.) — De la topographie crânio-cérébrale, par DANA. (*New York med. record*, p. 29, 30 janv.) — Faux cérébrale ossifiée ; 2 cas, par JACKSON. (*Med. News*, 13 avril.) — Lésions en foyer du lobe temporo-sphénoïdal avec symptômes de mouvements forcés, par DANA. (*N. York neurol. Soc.*, 5 mars.) — Un cas de lésion corticale du cerveau (monoplégie crurale), par E. PERREGAUX. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er déc. 1888.) — Atrophie d'un hémisphère, pachyméningite, par PLAXTON. (*Brit. med. journ.*, 30 mars.) — Amnésie, état des lésions post mortem, par BULLEN. (*Brain*, n° 44, janv.) — Lésion destructive du lobe temporo-sphénoïdal gauche chez un gaucher épileptique, sans troubles de la parole, par BIANCHI. (Broch. *Naples.*) — Tremblement avec paralysie croisée du moteur oculaire commun, par BENEDIKT. (*Bull. méd.*, 1er mai.) — Hémiplégie spasmodique d'origine cérébrale remontant à l'enfance chez une femme de 44 ans, par FUERBRINGER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 16, 7 janv.) — Apraxie et aphasie. Leurs variétés et les méthodes d'examen qui permettent de les découvrir, par ALLEN STARR. (*Encéphale*, janv.) — Hémorragie dans le centre ovale des lobes postéro-frontal et pariétal, par ESHNER. (*Philad. neurol. Soc.*, 28 janv.) — Ictus apoplectiformes successifs et rapprochés précédant l'apoplexie cérébrale, par VANHEUVERSWYN. (*Journ. sc. méd. Lille*, 1er fév.) — Ramollissement du cerveau, par PÉCHADRE. (*Lyon méd.*, p. 489, 31 mars.) — Un cas de sclérose en plaques avec localisation bulbo-protubérantielle et disparition complète de la plupart des symptômes après un sommeil prolongé d'au moins deux heures, par ROLLAND. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 17 fév.) — De la commotion cérébrale, par DUMÉNIL. (*Normandie médic.*, 15 fév.) — Contribution à la pathologie et à la chirurgie du cerveau, par L. GOLDSTEIN. (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, n° 22, 1888.) — Plaie du cerveau par balle de revolver, aphasie, hémiplégie droite, issue de matière cérébrale, guérison complète, rétablissement des fonctions, par BERGER. (*Semaine méd.*, 6 mars.) — Modifications du caractère à la suite de lésions du lobe frontal du cerveau, par LEONORE WELT. (*Dissert. Zurich*, 1888.) — Abcès traumatique dans l'aire motrice du cerveau ; trépanation ; guérison, par MORGAN. (*Med. Soc. of London*, 4 mars.) — Discussion sur le traitement des abcès cérébraux, par HARTMANN et VON BERGMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 58, 21 janv.) — Un cas d'abcès du cerveau à la suite de bronchite putride, par LACHER. (*Münch. med. Woch.*, n° 33, 1887.) — Des abcès du cerveau consécutifs à certaines lésions pulmonaires, par CONCHON. (*Thèse de Paris*, 14 fév.) — Tumeur du cerveau ; extirpation ; mort, par KNAPP. (*Boston med. journ.*, 4 avril.) — Tumeur cérébrale, probablement due à un traumatisme du crâne, par DUDLEY. (*Brain*, n° 44, janv.) — Tumeur cérébrale, sans symptômes, par HADDEN. (*Ibidem.*) — Épilepsie partielle déterminée par une tumeur cérébrale siégeant au niveau de la zone motrice ; trépanation ; ablation de la tumeur ; disparition des accidents, par PÉAN. (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 19 fév.) — Épilepsie jacksonienne causée par une tumeur de l'écorce, par SUCKLING. (*Midland med. Soc.*, 20 fév.) — Un cas de tumeur de la couche optique et du lobe temporal, par G. BURCKHARDT. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 727.) — Tumeur osseuse dans la faux du cerveau, par SNEVE. (*Med. News*, 23 mars.) — Amaurose avec névrite optique par tumeur cérébrale, par HUTCHINSON. (*London opht. hosp. Rep.*, XII, 3.)

Cervelet. — Recherches sur l'ontogénèse du cervelet, par LAHOUSSE. (*Arch de biol.*, VIII, 1.) — Tumeurs multiples du cervelet et de la protubérance; symptômes particuliers; tuberculose généralisée, par DEMANDRE. (*Arch. de méd. milit.*, janv.) — Tumeur du cervelet, enfant de 10 ans, par BOOTH. (*N. York Acad. of med.*, 8 fév.) — Une observation de destruction étendue du vermis supérieur avec des cas analogues ayant trait à la prétendue ataxie cérébelleuse, par E. BECKER. (*Arch. f. path. Anatom.*, CXIV, Heft 1.)

Césarienne (Op.). — De la valeur de l'opération de Porro et des modifications désirables, par SUTUGIN. (*Cent. f. Gynæk.*, 9 fév.) — Opération césarienne; la mère et l'enfant sauvés, par ENGSTROM. (*Finska läkaressälls. handlingar*, XXXI, fév.) — Opération de Porro, par GALABIN. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 57.) — Opération césarienne pour un rétrécissement du bassin, pratiquée avec succès pour la mère, par CRIMAIL. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Opération césarienne pour le cancer du col, par GOODELL. (*Med. News*, 30 mars.) — Opération césarienne pour bassin rétréci, par CHAMPNEYS. (*Obst. Soc. of London*, 3 avril.)

Champignon. — Mode de développement du champignon du muguet, par BURCHARDT. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 déc. 1888.)

Charbon. — Étude sur l'immunité par rapport au charbon, par PERRONCITO. (*Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino*, n° 2, et *Ann. Institut Pasteur*, avril.) — Sur l'existence de la capsule du bacille du charbon, par SERAFINI. (*Naples.*) — Réceptivité des chiens nouveau-nés pour le charbon, par STRAUS. (*Arch. de méd. expér.*, I, n° 2.) — Sur l'immunité contre le charbon conférée par des substances chimiques, par ROUX et CHAMBERLAND. (*Ann. Inst. Pasteur*, p. 405, 1888.) — Résistance des spores du charbon à la chaleur sèche, par MASSOL. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Sur la transformation des matières azotées dans les cultures de bactéridies charbonneuses, par L. PERDRIX. (*Ann. Inst. Pasteur*, p. 354, 1888.) — Action du bacille pyocyanique sur la bactéridie charbonneuse, par BOUCHARD, CHARRIN et GUIGNARD. (*Acad. des sc.*, 8 avril.) — Inoculation du charbon symptomatique au lapin, par NOCARD. — *Idem*, par ROGER. (*Soc. biologie*, 2 fév.) — Cas rare de charbon à évolution lente. Contribution à l'étude des infections mixtes et de l'immunité héréditaire, par E. DI MATTEI. (*Riforma med.*, 21 déc. 1888.) — Infection charbonneuse contractée dans un laboratoire; réflexions sur le traitement du charbon, par KURLOFF. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLIV, p. 287.) — Un cas de pustule maligne de la région sus-claviculaire, par REBOUL et RÉPIN. (*Rev. gén. de clin.*, 9 mai.)

Chancre. — Statistique de chancres simples, par LE PILEUR. (*Journ. de méd. de Paris*, déc. 1888.) — Le virus du chancre mou n'a pas encore été cultivé, par A. DUCREY. (*La Riforma medica*, 22 janv.) — Chancres mous présentant une induration factice d'origine inflammatoire par contact de l'urine, par FOURNIER. (*Ann. de dermat.*, X, n° 2, p. 102.)

Chirurgie. — Le diagnostic en chirurgie, par E. SALVIA. (*Riforma med.*, 18 et 19 fév.)

Chlorose. — Des relations qui existent entre la chlorose et la menstruation; analyse de 232 cas, par STEPHENSON. (*Obst. Soc. of London*, 6 mars.) — Du traitement de la chlorose, par PETER. (*Semaine méd.*, 6 fév.)

Choléra. — Considérations sur l'étiologie du choléra; identité avec le choléra nostras; nature à la fois infectieuse et contagieuse, par KELSCH. (*Rev.

d'hyg., XI, 5 janv.) — Sur la virulence des cultures du bacille cholérique et l'action que le soleil exerce sur cette virulence, par LŒWENTHAL. (*Acad. des sc.*, 28 janv.) — Sur la virulence des parasites du choléra, par HUEPPE. (*Acad. des sc.*, 14 janv.) — Réduction des nitrates par les bactéries du choléra, par PETRI. (*Cent. f. Bakteriol.*, V, n° 17.) — Relation d'une épidémie de choléra à Pnomfenh (Cambodge), par LE JOLLEC. (*Arch. de méd. nav.*, mars.)

Chorée. — Épidémie de chorée, par LAGNER. (*Deut. med. Woch.*, n° 51, 1888.) — Nature de la chorée; théorie de l'infection, par V. PATELLA. (*Padoue.*) — Chorée causée par des embolies parasitaires; champignons dans la dure-mère, par NAUNYN. (*Mittheil. aus der med. klin. zu Kœnigsberg*, p. 296, 1888.) — Rapports de la chorée avec le rhumatisme, d'après 80 cas (32 cas de rhum.), par GARROD. (*Royal med. and chir. Soc.*, 8 janv.) — 80 cas de chorée; antécédents; état du cœur, etc., par HERRINGHAM. (*Royal med. and chir. Soc.*, 8 janv.) — Endocardite suite de chorée, par LIPPITT. (*N. York med. Record*, 19 janv.) — Un cas de chorée héréditaire de l'adulte (maladie de Huntington), par KLIPPEL et DUCELLIER. (*Encéphale*, nov. 1888.) — Chorée héréditaire, par BONNAUD. (*Lyon méd.*, p. 104, 20 janv.) — Hémichorée alternante, par AUGIER. (*Journ. sc. méd. Lille*, 4 janv.)

Choroïde. — Formes exceptionnelles de choroïdite, par HUTCHINSON. (*Ophtalm. Soc. of unit. Kingdom*, 31 janv.) — Choroïdite centrale, avec légers symptômes cérébraux chez les enfants, par BROWNE. (*London opht. hosp. Rep.*, XII, 3.) — Rupture de la choroïde, pseudo-cysticerque du corps vitré et nystagmus de l'œil droit, par LUDWIG. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, fév.) — Sarcome de la choroïde, par BENSON. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 22 mars.) — Gommes du corps ciliaire, par AYRES. (*Amer. journ. of opht.*, août 1888.)

Cicatrice. — Chéloïdes datant de 18 mois, disparues en 15 jours par les douches sulfureuses chaudes, par QUINQUAUD. (*Ann. de dermat.*, X, n° 2, p. 110.)

Cimetière. — Les cimetières au point de vue de l'hygiène et de l'administration, par BERTOGLIO. (In-16, *Paris.*)

Circulation. — Sur les rapports de la pression à la vitesse du sang dans les artères pour servir à l'étude des phénomènes vaso-moteurs, par ARLOING. (*Arch. de phys.*, n°s 1-2, janv.-avril.) — Du pouls lent permanent avec attaques épileptiformes; son traitement, par HUCHARD. (*Soc. de thérap.*, 27 mars.)

Climat. — Étude du climat de Colorado au point de vue du traitement des affections pulmonaires, par FISK. (*Med. News*, 19 janv.) — Expériences personnelles sur l'hiver dans les îles Canaries, par C. TAYLOR. (*Edinb. med. journ.*, janv.) — Les sanatoria maritimes d'Arcachon, de Banyuls et d'Hyères, par L. REUSS. (*Annales d'hyg. publ.*, XX, 542.)

Cœur. — Anatomie des ventricules des mammifères, par BROWN. (*Journ. of Anat.*, janv.) — Recherches sur les mouvements du cœur, par MARTINS. (*Zeit. f. klin. Med.*, XV, 5 et 6.) — Nouvelles recherches sur un cas d'ectopie cardiaque; ectocardie, pour servir à l'étude du pouls jugulaire et d'une variété de bruit de galop, par P. FRANCK. (*Arch. de physiol.*, n°s 1 et 2, janv.-avril.) — Ectopie cardiaque, par TOURNIER. (*Lyon méd.*, p. 387, 10 mars.) — Un cas d'ectopie cardiaque à siège épigastrique, par HUCHARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 janv.) — Causes et traitement des affections

cardiaques aiguës, par Cox. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 5 avril.) — Contribution à l'étude de l'aire de Traube, par Artigalas. (*Journ. de médec. Bordeaux*, 10 fév.) — Sur un signe précoce de l'artério-sclérose du cœur, par Duclos. (*Rev. gén. de clin.*, 28 fév.) — Sur l'influence des efforts musculaires dans la genèse de quelques cardiopathies, par N. Musmeci. (*Riforma med.*, 13 fév.) — Pouls capillaire; sa valeur diagnostique dans les maladies du cœur, par Lazarus Barlow. (*Practitioner*, mars.) — Lésions valvulaires sans troubles fonctionnels, par Sée. (*Gaz. des hôp.*, 17 janv.) — Disparition des bruits de souffle cardiaques, par Boyd. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 25 janv.) — La faiblesse du cœur et son traitement, par Hammond. (*N. York. med. record*, p. 759, 28 octobre 1888.) — Asystolie subite, par Cox. (*N. York med. journ.*, 28 juillet 1888.) — Arythmie cardiaque de cause psychique, par Baccelli. (*Riforma med.*, 7 fév.) — Rétrécissement mitral et embolie, par Potain. (*Semaine méd.*, 27 fév.) — Le rétrécissement mitral pur considéré en particulier chez les jeunes femmes, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 30 mars.) — Des altérations aiguës du myocarde, par Mircoli. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 1.) — Des endocardites infectieuses, par Siredey. (*Gaz. des hôp.*, 9 fév.) — De l'endocardite infectieuse, par Jaccoud. (*Union médicale,* 28 fév.) — Deuxième note sur un microbe trouvé dans un cas d'endocardite infectieuse, par Gilbert et Lion. (*Soc. biologie,* 12 janv.) — Endocardite ulcéreuse et affection valvulaire du cœur, par Wooldridge. (*West kent. med. chir. Soc.*, 4 janv.) — Atrophie des reins et hypertrophie du cœur, par Mac-Gillavry. (*Festhundel Donder's-Jubileum*, p. 219, et *Centrbl. f. d. med. W.*, p. 980, 1888.) — De la péricardite, par Chéron. (*Union méd.*, 7 mars.) — De la péricardite tuberculeuse, par Hayem et Tissier. (*Rev. de méd.,* janv.) — Péricardite suppurée traitée par l'aspiration; 10 ponctions, mort, par Doubleday. (*N. York med. journ.,* 1er sept. 1888.) — Le traitement d'Œrtel dans les maladies du cœur, par Chéron. (*Union médicale*, 7 fév.) — L'emploi du chlorure de baryum dans les maladies du cœur, par Hare. (*Med. News*, 16 fév.) — Traitement de la dilatation du cœur d'après son étiologie, par Loomis. (*Med. Soc. of the state of N. York*, 6 fév.) — Le calomel dans les hydropisies cardiaques, par Sée. (*Semaine méd.*, 23 janv.) — Plaie du ventricule gauche par arme tranchante et pointue; mort 39 jours plus tard, par rupture du tissu de cicatrice, par Cristiani. (*Lo Sperimentale*, mars.) — Rupture traumatique du cœur sans plaie extérieure ni déchirure du péricarde, par Levy. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Rupture du ventricule gauche; mort au 5e jour, par Clarke Noble. (*Brit. med. journ.,* 6 avril.) — Mélano-sarcome du cœur, par P. Guttmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 15, 7 janv.)

Conjonctive. — Sur un réflexe de la surface de la conjonctive et de la cornée, par Felchenfeld. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, janv.) — Des maladies virulentes de la conjonctive, par Abadie. (*Progrès médical*, 26 janv.) — Conjonctivite infectieuse transmise par les animaux, par Parinaud. (*Soc. d'ophtalm.*, 5 fév.) — Tuberculose des conjonctives chez un jeune garçon, par Haab et Ritzmann. (*Corresp. Blatt f. sch. Aerzte,* 15 janv.) — Deux cas d'épithéliome conjonctival, par Bavesi. (*Ann. di Ottalm.*, XVII, 5.) — Observation d'épithéliome et sarcome de la cornée et de la conjonctive, par Lawford. (*London opht. hosp. Rep.*, XII, 3.) — Traitement des affections conjonctivales les plus communes, par H. Höltzke. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 déc. 1888.) — Granulations de la conjonctive produites par des instillations prolongées de cocaïne, par Ayres. (*Arch. of ophtalm.*, XVII, 3.) — Traitement chirurgical du trachome, par Elschnig. (*Wiener med. Blätter*, n° 14.) — Traitement du trachome par la galvanocaustique,

par Korn. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 déc. 1888.) — Du traitement de la conjonctivite granuleuse, par Trousseau. (*Rev. gén. de clin.*, 31 janv.)— Traitement de la conjonctivite granuleuse par le naphtol B., par Delagénère. (*Arch. d'ophtalm.*, janv.)

Contagion. — Isolement et antisepsie à l'hôpital des Enfants-Malades, par Grancher. (*Bull. méd.*, 20 fév.) — Prophylaxie des maladies épidémiques et contagieuses, par Bouloumié. (*Union médicale*, 19 janv.)

Coqueluche. — La coqueluche, sa nature, son traitement, par Viura y Carreras. (In-8°, *Barcelone*, 1888.) — Contre-irritation dans la coqueluche, par Inglott. (*Brit. med. journ.*, 20 avril.) — Les médications de la coqueluche au commencement de 1889, par Eloy. (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 avril.) — Traitement de la coqueluche par l'antipyrine; 94 cas, 71 bons résultats, par Dubousquet-Laborderie. (*Soc. de thérap.*, 27 fév.)

Cornée. — Sur l'influence exercée par les muscles de l'œil sur la forme de la cornée humaine, par Leroy. (*Arch. de phys.*, nos 1-2, janv.-avril.) — De la kératite phlycténulaire dans ses rapports avec la rougeole, par Gayet. (*Lyon méd.*, 24 mars.) — De la kératite phlycténulaire, par Panas. (*Gaz. méd. Paris*, 29 fév.) — De la kératite infectieuse et de son traitement par la créoline, par Galezowski. (*Recueil d'ophtalm.*, sept.) — Des ulcères graves infectieux de la cornée ; pathogénie ; traitement, par Abadie. (*Soc. d'ophtalm.*, 8 janv.) — Ulcère infectieux de la cornée, par Ribeiro dos Santos. (*Rev. Brazileira de Ophth.*, I, *n.* 1-2-3.) — Deux cas d'ulcères perforants de la cornée consécutifs à la blennorragie conjonctivale (gonocoques dans l'épaisseur des tissus), par Dinkler. (*Arch. f. Ophthalm.*, XXXIV, 3.) — Cure radicale du ptérygion, par Dudley Reynold. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 4 août.) — De l'opportunité d'une opération précoce dans les cas de pterygion avec perte de l'acuité visuelle, par Marlow. (*N. York med. Journ.*, XLVIII, n° 8, p. 206.) — Contre-indications des myotiques dans les ulcères à hypopyon, par Doret. (*Thèse de Paris*, 18 mai.) — Une nouvelle méthode pour transplanter le tissu cornéen, par Hippel. (*Amer. Journ. of ophth.*, V, n° 8, p. 240.)

Corps étranger. — Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes à propos de 6 cas observés par l'auteur, par Moure. (*Journ. de méd., Bordeaux*, 28 avril.) — Corps étrangers des voies aériennes, par Leyden, P. Guttmann, Lazarus, Rothmann, Fürbringer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 16, 7 fév.) — Corps étranger dans les bronches; enfant de 3 ans ; mort, par Mackey. (*Brighton and Sussex med. chir. Soc.*, 7 fév). — — Corps étranger des voies aériennes, trachéotomie, par Jalaguier. (*Soc. de chir.*, 13 mars.) — Corps étranger des voies aériennes, par Szontagh. (*Med. chir. Presse*, n° 46, 1888.) — Mort subite, chez un homme ivre, par la pénétration dans le larynx de trois morceaux de viande, par Loomis. (*N. York pathol. Soc.*, 13 fév.) — Corps étranger de l'oreille, par Gruget. (*Gaz. méd. Nantes*, 9 mars.) — Extraction par l'aimant d'un corps étranger du corps vitré (esquille de fer longue de 2 centimètres), par Haab. (*Corresp.-Blatt f. sch. Aerzte*, 15 janv.) — Cas de corps étrangers (marron), dans l'œsophage, par Courtenay. (*Journ. of ment. sc., janv.*) — Corps étranger des voies digestives, par Bogdan. (*Bull. Soc. des méd. de Jassy,* juillet 1888.) — Épingle à cheveux dans la vessie, son extraction, par Bégouin. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 13 janv.) — Épingle à cheveux dans la vessie, par G. von Antal. (*Int. Cent. f. Phys. d. Harn. Sex. Organ*, I, 1.) — Eclat de bois enkysté dans l'éminence thénar ; ablation du kyste, par Boursier. (*Journ. de méd. Bordeaux,* 6 janv.) — Aiguilles implantées dans le tendon fléchisseur de l'index et dans l'éminence

hypothénar, par M. Moulonguet. (*France méd.*, 19 juin 1888.) — De la recherche des corps étrangers métalliques à l'aide de l'électricité, par Dubois. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er déc. 1888.)

Couleur. — Perception et cécité des couleurs, par Edridge Green. (*Ophtalm. Soc. of unit. kingd.*, 14 mars.) — Étude sur les sensations de lumière et de couleur, par E. Fick. (*Archiv für die gesamte Physiol.*, XLIII, p. 441.) — Contraste simultané des couleurs. Séparation de la lumière en deux portions complémentaires, par E. Hering. (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XLIII, p. 1.)— Réponse aux objections de V. Kries contre la théorie de l'opposition des couleurs, par E. Hering. (*Ibidem*, XLIII, p. 264 et 329.)

Crâne. — Crâne natiforme, par Suckling. (*Midland med. Soc.*, 23 janv.) — Note sur le crâne d'un nègre d'Afrique, par Reynaud. (*Loire médic.*, 15 janv.) — Plaie pénétrante du crâne avec symptômes de localisation cérébrale, par Bardeleben. (*Berl. klin. Woch.*, 18 juin 1888.) — Traumatismes du crâne entraînant l'ablation de fragments osseux, par Mc Lane Tiffany. (*Journ. of Americ. Assoc.*, p. 209, 9 fév.) — Plaie du crâne par balle de revolver ; issue de matière cérébrale ; guérison, par Liégeois. (*Rev. méd. de l'Est*, 4, p. 97.) — Blessure de la tête par corps contondant, datant de quatre ans ; accidents épileptiformes; trépanation; guérison, par Galvani. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XIV, p. 750.) — Fracture avec déplacement de l'os frontal; encéphalite ; épilepsie ; mort, par W. Hume. (*N. York med. record*, 16 fév.) — Fracture longitudinale de la voûte du crâne sans enfoncement, siégeant à gauche, avec attrition profonde des zones motrices de l'hémisphère cérébral correspondant. Hémiplégie droite totale avec aphasie motrice. Plus tard, phénomènes spasmodiques et convulsions occupant les muscles non paralysés. Trépanation. Encéphalocèle consécutive. Guérison avec retour partiel de la parole et de la motilité, par Paul Berger. (*France méd.*, 24 nov. 1888.) — Sur un cas de fracture de la base du crâne, par Planteau. (*Journ. de médec. Bordeaux*, 3 mars.) — Ostéoporose des os du crâne, par Briscoe. (*Pathol. Soc. of London*, 5 mars.) — Deux cas d'ostéomes des sinus frontaux, par Z. Kikuzi. (*Bruns Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Tübingen*, III.) — Tumeur encéphaloïde de la base du crâne, par Sigaud. (*Lyon méd.* p. 26, 28 avril.)

Crétinisme. — Un cas de crétinisme sporadique, avec pseudo-lipomes symétriques sus-claviculaires, par Arnozan et Régis. (*Encéphale*, nov. 1888.)

Criminel. — Réflexions sur les théories de la criminalité, par Morrison. (*Journal of mental sc.*, avril.) — Facteurs généraux de la criminalité dans les pays créoles, par Corre. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, mars.) — Types de criminels-nés et de crétins, par Ottolenghi. (*Arch. di psichiatria*, IX, 6.) — Sur 30 crânes et encéphales de délinquants, par Mingazzini. (*Ibid.*, IX, 6.) — Les gestes des criminels, par Pitré et Lombroso. (*Ibidem*, IX, 6.) — L'anthropologie criminelle d'après Broca et Topinard, par Morselli. (*Ibidem*, IX, 6.)

Cristallin. — Système lymphatique du cristallin, par Schlasser (*Münch. med. Woch.*, n° 7.) — Quelques expériences et contribution histologique sur la cataracte produite par la naphthaline, par G. Curatulo. (*Il Morgagni*, fév.) — Sur la maturation artificielle de la cataracte, par O. Parisotti. (*La Riforma medica*, 14 et 15 janv.) — Cataracte opérée par le pro cédé à petit lambeau de Wecker, par Verrey. (*Revue médic. Suisse ro-

mande, VIII, 747.) — Anatomie pathologique de la cataracte lamellaire ou zonulaire, par LAWFORD. (*The roy. Lond. ophth. hosp. Reports*, XII, 2, p. 184.) — Extraction de la capsule antérieure du cristallin dans l'opération de la cataracte, par ARCOBO. (*Ann. di Ottalmol.*, XVII, f. 4, p. 329.) — Suture de la cornée dans l'opération de la cataracte, par SUAREZ DE MENDOZA. (*Gaz. des hôp.*, 23 avril.) — Des indications de l'iridectomie dans l'opération de la cataracte, par DEHENNE. (*Bull. méd.*, 17 mars.) — Traitement chirurgical des cataractes compliquées, par MOTAIS. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, p. 103, 1888.) — De l'extraction capsulaire partielle ou totale dans l'opération de la cataracte, par BARBAN. (*Thèse de Lyon*, nº 454.) — Lavages intra-oculaires après l'extraction de la cataracte, par MUGNIÉRY. (*Thèse de Lyon*, nº 456.) — Traitement des suppurations après l'extraction de la cataracte, par TREACHES. (*The Roy. London ophth. hosp. Reports*, XII, f. 2, p. 179.) — Luxation traumatique du cristallin, glaucome foudroyant; extirpation du cristallin; guérison avec bonne vision par SAUNDERS. (*Brit. med. journ.*, 2 mars.)

Cysticerque. — Cysticerque des muscles, par ROBINSON. (*Pathol. Soc. of London*, 7 mai.)

D

Daltonisme. — De l'examen de la cécité des couleurs, par GROSSMANN. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, janv.)

Démographie. — Du degré de fréquence des principales causes de mort à Paris pendant l'année 1888, par BERTILLON. (*Gaz. hebd. de méd.*, 22 fév.) — Nombre des enfants par ménage d'après le dernier dénombrement, par CHERVIN. (*Bull. Acad. de méd.*, 18 décembre 1888.)

Dengue. — Fièvre dengue, par DE BRUN. (*Semaine méd.*, 6 mars.)

Dent. — Sur les micro-organismes de la carie dentaire, par GALIPPE et VIGNAL. (*Soc. de biol.*, 10 mars, et *Gaz. des hôp.*, 2 avril.) — Sur les accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse inférieure et en particulier sur l'ostéo-périostite et son traitement par le débridement préventif, par GALLAS. (*Thèse de Bordeaux*, 13 fév.)

Désinfection. — Appareil de désinfection par la vapeur d'eau pour les besoins de la pratique chirurgicale, par F. OSTWALT. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 déc. 1888.)

Diabète. — Sur le diabète expérimental, par SÉE et GLEY. (*Acad. des sc.*, 14 janv.) — Sur la pathogénie du diabète, par ARTHAUD et BUTTE. (*Acad. des sciences*, 28 janv.) — De la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de la réduction de cette substance chez les diabétiques, par HÉNOCQUE. (*Arch. de physiol.*, n. 1-2, janv.-avril.) — Œdème aigu de la région sous-épiglottique et pharyngée inférieure chez un diabétique, par MOURE. (*N. York med. journ.*, 16 mars.) — Du coma diabétique, par NAUNYN. (*Semaine méd.*, 2 janv.) — Du diabète sucré dans l'état puerpéral, par GAUDARD. (*Thèse de Paris*, 15 mai.) — Diabète, tuberculose pulmonaire unilatérale, excavation du lobe supérieur droit, infection secondaire, arthrite suppurée du genou droit, septicémie mortelle, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Troubles visuels provoqués par le diabète et des indications des opérations sur l'œil pendant la maladie, par STEEBES.

(*Revue médicale de l'Est*, 1er sept. 1888.) — Le traitement de la glycosurie, par Purdy. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 30 mars.)

Digestion. — La transformation de la fécule de pommes de terre dans l'estomac de l'homme, par Zeehnissen. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, n° 30, 1888.) Présence de ferments protéolytiques et autres dans l'avoine; leur action sur la digestion, par Ellenberger et Hofmeisrer. (*Arch. f. med. u. prakt. Thierh.*, XIV, p. 55.)

Diphtérie. — De la nature de la diphtérie d'après les nouveaux progrès de la science, par Mercier. (*Rev. des mal. de l'enfance,* fév.) — Nouveaux cas de transmission d'angine diphtéritique des animaux à l'homme, par Cazenave de la Roche. (*Rev. gén. de clin.*, 2 janv.) — Sur le mode de transmission de la rougeole et de la diphtérie, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 fév.) — La contagion nosocomiale de la rougeole et de la diphtérie ; prophylaxie par l'antisepsie médicale, par Grancher. (*Union médicale*, 23 fév.) — Contribution clinique à la diphtérie chronique et au mode de propagation du germe diphtéritique, par Romei. (*Arch. di laryngol.*, IX, 1.) — Étiologie de la diphtérie, par Nelson. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 6 avril.) — Statistique de la diphtérie à Berlin de 1886 à 1888, par par Wachsmuth. (*Allg. med. Central Zeit.*, n° 20.) — Statistique de la diphtérie, par Brasch. (*Deut. med. Zeit.*, n° 17.) — De la fièvre diphtéritique sans diphtérie, comme signe de l'infection, par G. de Biase. (*Riv. clinica de terap.*, p. 4, janv.) — De la diphtérie, par J. Simon. (*Bull. méd.*, 20 janv.) — 27 cas de diphtérie, par Jakson. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 6 avril.) — Diagnostic et pronostic de la diphtérie, par J. Simon. (*Bull. méd.*, 6 fév.) — Cause, modes de propagation et prophylaxie de la diphtérie, par Lewis Smith. (*N. York county med. Assoc.*, 18 mars.) — Progrès de la diphtérie à Chicago, par Earle. (*Atlanta med. journ.*, mars.) — Prophylaxie de la diphtérie, par Edwards. (*Rev. d'hyg. thérap.*, avril.) — Des conditions de propagation de la diphtérie; épidémie d'Oullins, par Bard. (*Lyon méd.*, 16 fév.) — Sur les cas d'angine diphtéritique observés à l'école des pupilles de l'armée à Alost, par Bourdeaux. (*Arch. méd. belges,* janv.) — La diphtérie, maladie parasitaire ; pathogénie de la paralysie diphtéritique, par Widal. (*Gaz. hebd. de méd.*, 18 janv.) — Sur 3 cas de diphtérie dans la même famille ; guérison, par Guelpa. (*Soc. de méd. prat.*, 18 avril.) — Diphtérie avec plaques dans la région périnéale, par Hill. (*Harveian Soc. of London,* 14 fév.) — Paralysie diphtéritique généralisée sans angine, par Delphin. (*Arch. de méd. milit.*, janv.) — Anatomie pathologique de la paralysie diphtéritique, par Krauss. (*Buffalo med. journ.*, janv.) — Traitement de la diphtérie, par Devic. (*Province méd.*, 30 mars.) — Traitement de la diphtérie, par J. Simon. (*Bull. méd.*, 7 avril.) — Comment on doit traiter la diphtérie, par Huchard. (*Rev. gén. de clin.*, 31 janv.) — Du traitement de la diphtérie, par Paul, Cadet de Gassicourt. (*Soc. de thér.*, 10 avril.) — Le traitement de la diphtérie par l'acide salicylique, par Cane. (*Brit. med. journ.*, 20 avril.) — Quelques observations de diphtérie maligne et traitement de la diphtérie, par Comte. (*Poitou méd.*, avril.) — Insufflations de soufre et de sulfate de quinine contre la diphtérie, par Burghardt. (*Collège méd. de Vienne*, 8 avril, et *Semaine méd.*, 14 avril.) — Essence de térébenthine rectifiée dans le traitement du croup idiopathique, par Lewentaner. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 8.) — Cinq cas de diphtérie traités par la pilocarpine, par Osuna. (*Andalucia Med.*, 30 déc. 1888.) — Le jus de citron comme prophylactique de la diphtérie, par Stoemaker. (*Med. Age, Detroit,* VI, 13.) Traitement de la diphtérie chez l'enfant par les vaporisations à l'acide sulfureux, par Wyld Pairman. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Traitement de

l'angine diphtéritique par l'ablation des fausses membranes et les cautérisations antiseptiques, par Dubousquet-Laborderie, 102 cas, 4 morts. (*Soc. de méd. prat.*, 3 janv.) — De l'action des vaporisations et des inhalations chaudes d'essence de pinus Pumilio dans le traitement de la diphtérie, par Duboit. (*Gaz. des hôp.*, 31 janv.) — Le traitement local de la diphtérie par le sulfure de calcium, par G. Hubbard. (*N. York med. record*, p. 703, 15 déc. 1888.) — Traitement de la diphtérie par la résorcine, par Callias. (*Soc. de méd. prat.*, 7 mars.) — Traitement de la diphtérie par les pulvérisations d'hydronaphtol, de papaïne et d'acide chlorhydrique, par Caldwell. (*Arch. of pediatrics*, fév.) — Traitement de la diphtérie par l'iodoforme, par Zannellis. (*Soc. de méd. prat.*, 18 avril.) — Un remède contre la diphtérie : calomel 1, amidon 2 à 3 en applications locales, 5-6 fois en 24 heures, par Gust. Elwert. (*Würtemberg Corresp.-Blatt*, n° 38, 1888.) — Traitement de la diphtérie et pathogénie des paralysies post-diphtéritiques, par d'Ortensio. (*Riv. clinica e terap.*, p. 115, mars.) — Trois cas de diphtérie laryngée guéris par l'intubation du larynx, par Jacques. (*Marseille méd.*, n° 3, 30 mars.) — La trachéotomie dans le croup; plaidoyer pour l'opération hâtive dans tous les cas, par D. Torsellini. (*Riforma med.*, 28 janv.)

Dysenterie. — Abcès du foie et du cerveau consécutifs à une dysenterie; infection purulente, par Dubujadoux. (*Arch. de méd. milit.*, avril.)

E

Eau. — Action de quelques essences sur le développement des micro-organismes des eaux potables, par Arados. (*Atti dell Acad. di sc. nat. Catane*, XX, p. 261.) — Appréciation des eaux potables et conditions hygiéniques des puits, par Moers. (*Viertelj. f. gerich. Med.*, L, 160, janv.) — Note sur l'examen microbiologique d'une source de la région calcaire du Havre, par L. Thoinot. (*Ann. Institut Pasteur*, avril.) — Analyse d'eau d'égout de Paris, par Aymonnet. (*Acad. des sciences*, 1er avril.) — Fièvre typhoïde diarrhée et eaux potables à Stockholm, par Linroth. (*Arch. f. Hyg.*, IX, 1.)

Eaux minérales. — Du humage à Bagnères-de-Luchon dans le traitement des affections des voies respiratoires, par Le Juge de Segrais. (*Arch. gén. de médec.*, avril.)—L'influence de l'eau de Carlsbad sur l'excrétion d'acide urique, par Le Clercq. (*New York Acad. of med.*, 15 janv.) — Des bains de Schwitz, leur action physiologique et thérapeutique, par Frey. (*Sam. klin. Vorträge*, n° 332.) — Hammam Rira et la médication thermale, par Manquat. (*Arch. de médec. milit.*, mars.)

Éclampsie. — Action pathogène d'un microbe trouvé dans l'urine des éclamptiques, par E. Blanc. (*Acad. des sc.*, 25 mars, et *Arch. de tocol.*, mars.)— De l'embolie des artères rénales comme cause de l'éclampsie puerpérale, par Ehrlich. (*Med. Obozrenie*, n° 21, 1888.) — Sur la genèse de l'éclampsie puerpérale, par Bar. (*Soc. de méd. prat.*, 28 mars.) — Eclampsie pendant le travail, grossesse gémellaire, guérison, par Labusquière. (*Soc. obstét. et gynéc. de Paris*, 14 mars.) — De la pilocarpine dans l'éclampsie puerpérale, par Fourrier. (*Rev. gén. de clin.*, 28 fév.) — De la saignée,

dans l'éclampsie puerpérale, par Mc Hardy. (*Brit. med. journ.*, p. 17, 5 janv.)

Eczéma. — Des eczémas locaux, par Morris. (*Harveian Soc.*, 31 janv.) — Des eczémas, eczéma séborrhéique d'Unna, par Tommasoli. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 1.) — Etiologie et traitement de l'eczéma, par Bulkley. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 60, 12 janv.) — Etat ichthyosique des téguments secondaires à un eczéma, par Quinquaud. (*Ann. de Dermat.*, X, 3, p. 197.) — Eczéma séborrhéique, par Hallopeau. (*Ibid.*, X, 3, p. 202.) — De l'analogie d'aspect entre certains cas de pityriasis rosé de Gibert et l'eczéma séborrhéique, par Besnier. (*Ibid.*, X, n° 2, p. 408.)

Électricité. — Electricité médicale, éclairage et galvanocaustique, par Garel. (In-12, *Paris.*) — Sur l'emploi de l'électricité en médecine et en chirurgie, par Tremaine. (*Buffalo med. Journ.*, janv.) — Mode de diffusion des courants voltaïques dans l'organisme humain, par Danion. (*Acad. des sc.*, 14 janvier.) — Sur la cataphorèse électrique chloroformique, par G. Lumbroso. (*Lo Sperimentale*, fév.) — Electrothérapie de la paralysie faciale, par Danion. (*Soc. de méd. prat.*, 17 janv.) — L'électrolyse et ses applications, par Lorat. (*Bull. méd.*, 3 avril.) — L'électricité comme agent thérapeutique, par Allen Starr. (*Med. News*, 30 mars.) — Electrolyse, par Tridet (*Bull. génér. de thérap.*, 15 déc.) — *Idem*, par J. A. Fort. (*Ibid.*, 30 nov.) — Emploi de l'électricité dans les maladies des organes pelviens chez la femme, par Bovee. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 18 avril.) — Galvanisme en gynécologie, par Ford. (*Med. Soc. of the State of New York*, 6 fév.) — Electrolyse et hystérotomie vaginale, par Secheyron. (*Arch. de tocol.*, avril.) — Traitement des fibromes utérins par l'électricité, par Fr. Martin. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 1, 5 janv.) — Cas de mort par l'électricité, par Keirle. (*Philad. med. Times*, 15 janv.)

Éléphantiasis. — Rapports de l'éléphantiasis indigène avec l'adéno-lymphocèle, par Ollier. (*Province méd.*, 2 fév.) — Cas d'éléphantiasis des Arabes, par Felkin. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Eléphantiasis nævoïde, par Rickets. (*Journ. of cut. dis.*, avril.)

Embolie. — Trois cas d'accidents cardiaques consécutifs à une embolie pulmonaire d'origine veineuse périphérique, par Liégeois. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 6, p. 176.)

Embryon. — Manuel d'embryologie humaine et comparée, par Debierre. (In-18, *Paris.*) — De la génération spontanée, par Straus. (*Arch. de méd. expér.*, I, 1.) — Recherches expérimentales sur la migration externe de l'œuf, par Heinricius. (*Finska läkar. Handlingar*, XXX, n° 11, et *Nouv. Arch. d'obst.*, janv.) — Influence du mouvement sur le développement des œufs de poule, par Marcacci. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.) — La fécondation et la segmentation étudiées dans les œufs des rats, par Tafani. (*Ibid.*, XI, 1.) — L'épithélium de la vésicule ombilicale chez l'embryon humain, par Tourneux. (*Soc. Biol.*, 9 mars.) — Sur un mode d'expression de l'œuf dans une fausse couche au 4e mois, par H. Legrand. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 1006, 1888.)

Empoisonnement. — Effets toxiques de la cocaïne, par Fletcher Ingals. (*Med. News*, 6 avril.) — Quatre cas de délire par la cocaïne, par Da Costa. (*Philad. neurol. Soc.*, 25 fév.) — Empoisonnement par l'usage de la cocaïne, par Myrtle. (*Brit. med. Journ.*, 6 avril.) — Du cocaïnisme, contribution à l'étude des folies toxiques, par Saury. (*Soc. méd. psych.*, 25 fév.) — Trois cas de cocaïnisme chronique, par Magnan et Saury. (*Soc. Biol.*,

26 janv.) — Morphinisme et cocaïne, par CHOUPPE. (*Soc. Biologie*, 2 fév.) — Mémoires d'une jeune dame qui buvait du laudanum, à la dose de quatre onces par jour (124 grammes) et par prises deux onces chaque fois. (*Journ. of ment. sc.*, janv.) — Guérison rapide de la morphinomanie, teinture de castoreum, par CRAMER. (*Memorabilien*, XXII, 3.)—Cinq empoisonnements par le stramonium, par PEDIGINI. (*Progresso med.*, 1er mars.) — De l'intoxication par la quinine et des moyens de la prévenir, par V. COGLITORE. (*Rivista clin. e terap.*, p. 117, mars.) — Empoisonnement par l'antipyrine, par NORTHRUP. (*Med. News*, 27 avril.) — De l'empoisonnement par l'acide phénique, par JAGER. (*Med. Corresp.-Blatt. d. Würtemb. aerztl.*, LVIII, n° 29.) — Empoisonnement par le benzol, par AVERILL. (*Brit. med. Journ.*, 30 mars.) — Empoisonnement par l'essence de cèdre, par SILVIO FAVERI. (*Sperimentale*, mars.) — Un cas d'empoisonnement par le nitrite d'amyle, par J. RŒSEN. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 777, 1888.) — Intoxication iodoformique à forme méningitique chez deux enfants, par CAZIN et ISCOVESCO. (*France méd.*, 20 nov.) — Empoisonnement par l'acide chlorhydrique, par LETULLE et VAQUEZ. (*Arch. de Physiol.*, nos 1-2, janv.-avril.) — Empoisonnement par le précipité blanc, par SANDBERG. (*Brit. med. Journ.*, 30 mars.) — De l'empoisonnement chronique par l'arsenic, par DUBRANDY. (*Rev. gén. de clin.*, 31 janv.) — De l'intoxication arsenicale à propos des vins d'Hyères, et de ses rapports avec l'acrodynie, par ROUX-SEIGNORET. (*Journ. de méd.*, 26 août.) — Le service des eaux à Sheffield et l'empoisonnement par le plomb, par ALLEN. (*Sanitary Record.*, 15 fév. 1888.) — Empoisonnement par le chromate de plomb dans des gâteaux; suite des observations publiées (XXXI, 490), par STEWART. (*Med. News*, 26 janv.)— Intoxication par les sels de cuivre, par RAYNAUD. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 oct. 1888.) — Sur quelques faits relatifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par MONDON. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — L'empoisonnement oxycarboné par les poêles mobiles, par LANCEREAUX. (*Gaz. des hôp.*, 7 fév. et *Acad. de méd.*. 5 fév.) — Troubles de la mémoire à la suite de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par BRIANT. (*Soc. de méd. lég.*, 14 janv.) — Abasie à forme trépidante à la suite de l'intoxication par l'oxyde de carbone, par CHARCOT. (*Bull. méd.*, 10 avril.) — Sur un cas de démence consécutive à l'intoxication oxycarbonée, par RAFFEGEAU. (*Soc. méd. psych.*, 25 fév.)— Intoxication par l'oxyde de carbone avec paralysie des membres supérieurs, par LITTEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 77, 28 janv.)—Un cas d'intoxication par l'oxyde de carbone, par PLENIO. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLIII, p. 299.) — Un cas d'empoisonnement par le charbon avec paralysie du trijumeau, par C. BORSARI. (*Riforma med.*, 8 mars.) — De l'asphyxie par les vapeurs de charbon, congestion, paralysie, traitement, par PETER. (*Gaz. des hôp.*, 31 janv.) — Empoisonnement par les oursins, herpès labialis des crevettes, par JAUBERT. (*Journ. de méd. de l'Algérie*, janv.) — Intoxication par des viandes de conserve altérées, par BOUCHEREAU et NOIR. (*Arch. de méd. milit.*, fév.)

Enfant. — L'hospice des Enfants-Assistés en 1888, par SEVESTRE. (*Soc. méd. des hôpit.*, 25 janv.) — A propos des mesures d'antisepsie et d'hygiène réclamées pour les hôpitaux d'enfants, par MILLARD. (*Ibid.*, 8 fév.) — La prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants, par COMBY. (*Progrès médic.*, 2 mars.) — L'hospice des Enfants-Assistés en 1888, rougeole et diphtérie, par SPRINGER. (*Bull. méd.*, 27 janv.) — Isolement dans les hôpitaux d'enfants, par THEVENIN. (*Thèse de Paris*, 31 janv.) — La nursery municipale de Grenoble, par E. GALLOIS. (*Dauphiné médic.*, nos 1 et 2.) — Sur le pesage méthodique des nourrissons, par CORIVEAUD. (*Gaz. hebd. de méd.*, 22 mars.) — Mortalité des fœtus et nouveau-nés; causes diverses, par CHARPENTIER. (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 14 mars.)

— Un millier de cas de maladies d'enfants, par BROTHERS. (*Amer. Journ. of obst.*, avril.) — Valeur séméiologique de la quantité de graisse dans les déjections dyspeptiques chez les enfants, par TCHERNOW. (3e *Congrès des méd. russes, St-Pétersbourg.*) — Sur le développement des fonctions cérébrales et sur les paralysies d'origine cérébrale chez l'enfant, par JIBOTTEAU. (*Thèse de Paris*, 28 fév.) — Atrophie du lobe occipital droit chez un enfant de 11 ans non idiot, par KIRCHNER. (*Berlin. klin. Wochensch.*, p. 70, 28 janv.) — Eclampsie infantile dans ses rapports avec la fièvre, par BERG. (*New York neurol. Assoc.*, 8 janv.) — Contribution à l'insuffisance de développement du cœur dans l'enfance, par BERG. (*Jahrbuch für Kinderheil.*, XXIX, 2 Heft.) — De la tuberculose miliaire aiguë chez l'enfant, par DEMME. (*Berichte aus dem Jenner. Kindersp.*, 1887.) — Traitement des diverses formes de pleurésies chez les enfants, par PIERRON, (*Journ. de méd., Paris*, 3 mars.) — Sur la pneumonie lobaire des enfants, par HELLSTROM. (*Jahrbuch für Kinderh.*, XXIX, 1 Heft.) — Traitement de la pneumonie franche aiguë chez les enfants, par DESCROIZILLES. (*Gaz. méd. Paris*, 2 mars.) — De l'asthme dans l'enfance et de son traitement par BARIÉ. (*Rev. gén. de clin.*, 21 fév.) — De la maladie bronzée hématique chez l'enfant, par BAR et GRANDHOMME. (*Soc. de méd. prat.*, 14 fév.)— Un cas de maladie de Winckel (cyanose apyrétique ictérique avec hémoglobinurie) avec micro-organismes chez un nouveau-né, par A. BAGINSKY. (*Berlin. klin. Wochensch.*, p. 97, 4 fév.) — Les ascites infantiles et leur diagnostic étiologique, par RONDOT. (*Gaz. hebd. méd. Bordeaux*, 24 fév.) — Atrophie jaune aiguë du foie chez un enfant, par ROSENHEIM. (*Zeit. f. klin. Med.*, XV, 5 et 6.)—Culture de la bactérie de Rothenfeld trouvée dans la diarrhée infantile, par A. BAGINSKY. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 98, 4 fév.) — La prophylaxie de la diarrhée estivale chez les enfants, par HOLT. (*Med. News*, 23 fév.) — Lavage de l'estomac chez l'enfant, par SIEBERT. (*Arch. of pediat.*, VI, p. 222.)—Entérite membraneuse avec rejet de fausses membranes diphtéritiques chez un enfant de 3 ans, par LŒWENSTEIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 15, 7 janv.) — Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants, par GILLET. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 12 et 17 janv.) — Etiologie et traitement de l'incontinence d'urine chez les garçons, par OBERLAENDER. (*Rev. des mal. de l'enf.*, mars.) — Un cas de prétendu rachitisme aigu chez un enfant de 15 mois (hémorragies sous-périostiques avec décollement des épiphyses, le tout sous la dépendance d'un scorbut), par HEINRICH REHN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 11, 7 janv.) — Le rhumatisme articulaire chronique progressif chez l'enfant, par PELISSIÉ. (*Thèse de Paris*, 17 janv.) — Sur l'incontinence d'urine étudiée chez les enfants, par DESCROIZILLES. (*Rev. gén. de clin.*, 11 avril.) — Troubles urinaires de l'enfance, par GUINON. (*Thèse de Paris,* 7 fév.) — Les concrétions urinaires chez les enfants, par H. FRUITNIGHT. (*New York med. Record.*, p. 122, 2 fév.) — De la taille sus-pubienne chez les enfants, par ALEXANDROFF. (3e *Cong. des méd. russes, St-Pétersbourg.*) — Hernie inguinale chez un enfant de 2 ans et demi, par BALFOUR. (*Edinb. med. Journ.*, avril.) — Invagination aiguë chez un enfant de 3 ans, guérison par laparotomie, par ANNANDALE. (*Edinb. med. Journ.*, fév.) — Tumeur ombilicale chez un enfant, formée par une hernie du diverticule de Meckel, par HOLT. (*N. York med. Record.*, p. 431, avril 1888.) — Un cas de laparotomie chez un nouveau-né, par STOLYPINSKY. (*Cent. f. Gynæk.*, 16 mars.) — Abcès pérityphlique, 2 cas, par HUBER. (*New York Acad. of med.*, 14 fév.)—Tuberculose du testicule chez un enfant, par KOPLIK. (*New York Acad. of med.*, 14 fév.) — Sarcome congénital chez un nouveau-né, par PHILLIPS. (*Trans. obst. Soc. of London*, XXX, 4, p. 334). — De l'usage du strophantus chez les enfants, par DEMME. (*Bericht aus dem Jenners'schen Kinderspit.*, 1887.)— — L'antipyrine chez les enfants, par RONDOT. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bor-*

deaux, 24 mars.) — Le salicylate de bismuth, son emploi dans les maladies des enfants, par Ehring. (*Arch. f. Kinderh.*, IX, 2.)

Épilepsie. — De l'épilepsie procursive, par Mairet. (*Rev. de méd.*, fév.) — Les paroxysmes épileptiques, par Oliver. (*Brain*, n° 44, janv.) — Epilepsie avec aura olfactive produite par une tumeur du lobe sphéno-temporal, par H. Jackson. (*Med. Soc. of London*, 18 fév.) — Rapports entre l'épilepsie et les erreurs de réfraction oculaire, par Wigglesworth. (*Brain*, n° 44, janv.) — Atrophie de l'hémisphère cérébral droit dans un cas d'épilepsie, par Fraser. (*Glasgow path. chir. Soc.*, 14 janv.) — Anatomie pathologique de l'épilepsie essentielle, la sclérose névroglique, par Chaslin. (*Soc. biologie*, 2 mars.) — L'altérabilité des globules rouges et la présence temporaire d'un grand nombre de globulins dans le sang des épileptiques après les accès, par Ch. Féré. (*Soc. biologie*, 9 mars.) — Accès d'automatisme ambulatoire de nature comitiale, par Charcot. (*Bull. méd.*, 3 mars.)— Cas très grave d'épilepsie, guérison par la médication bromurée, par Jumot. (*Union médicale*, 24 fév.) — Epilepsie avec périodes d'automatisme, par Savage. (*Brain*, n° 44, janv.)— Pouls lent permanent, crises épileptiques, rétrécissement du trou occipital et du canal cervical, par Boffard. (*Dauphiné méd.*, mars.) — Traitement de l'épilepsie, par Cornet. (*Thèse de Paris*, 16 mai.)— Emploi du simulo, capparis corriacea dans le traitement de l'épilepsie, par Allen Starr. (*New York Acad. of med.*, 16 avril.) — Quatre cas de ligature des artères vertébrales dans l'épilepsie, par Baracz. (*Wiener med. Woch.*, n° 7.)— Un cas d'épilepsie guéri par la trépanation et l'enlèvement de la partie lésée du cerveau, par Samuely. (*Wiener med. Blätter*, n° 45, 1888.) — Trépanation dans l'épilepsie, par Bendandi. (6e *Cong. ital. de chir.*, *Bologne*.) — De la trépanation dans l'épilepsie, par Dumas. (*Thèse de Paris*, 8 mai.)

Épithélioma. — La calcification des épithéliomes, par W. von Noorden. (*Bruns Mitteil. der chir. klin. zu Tübingen*, t. III.) — Epithélioma cicatriciel, par Tellier. (*Lyon méd.*, p. 107, 20 janv.) — Ulcération cratériforme, cancer épithélial de la face, par Hutchinson. (*Patholog. soc. of London*, 19 fév.) — Corne de la région temporale, transformation en épithélioma, par Monod. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 10 fév.)

Érysipèle. — Recherches sur l'érysipèle, par Venderoth. (In-8°, *Gottingue*.) — De l'identité de l'érysipèle et de la lymphangite aiguë, par Verneuil et Clado. (*Acad. des sc.*, 8 avril.) —Erysipèle intermittent de la face, par Sorbets. (*Gaz. des hop.*, 9 fév.) — Influence de l'érysipèle de la face sur la mélancolie, 2 cas, par Dinter. (*Cent. f. Nervenh.*, 15 fév.) — Erysipèle infectieux de la tête, 18 abcès, par Groussin. (*Rev. gén. de clin.*, 28 mars.) — Influence curatrice de l'érysipèle sur les tumeurs, par P. Bruns. (*Mittheil. aus der chir. klin. zu Tübingen*, t. III.) — Traitement de l'érysipèle par les lotions avec l'alcool, par Behrend. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janv.)

Érythème. — Contribution à l'étude de l'érythème infectieux, par Simon et Legrain. (*Rev. méd. de l'Est.*, n° 2, p. 40.) — Note sur la présence de microbes dans les bulles de l'érythème polymorphe et de la varicelle, par Schnell. (*Marseille méd.*, n° 2, p. 65.) — Erythème induré des jambes chez une jeune fille, par Feulard. (*Ann. de Dermat.*, X, 3, p. 206.) — De l'ulerythema ophryogenes, par Taenzer. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 5.) — Eruption bromique spéciale chez un enfant, par Beevor. (*Med. Soc. of London*, 15 avril.) — Erythème hydrargyrique consécutif à l'usage interne du mercure, par Dubreuilh. (*Ann. de la polyclin.*, *Bordeaux*, n° 1.) — Rash produit par la quinine, par Burney Yeo. (*Clin. Soc. of London*, 8 mars.) — Des éruptions cutanées multiformes provoquées par l'hydrate

de chloral, par Bouju. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — Indications et dangers de l'antipyrine, plaques d'ecchymoses à la suite de doses de 1 gramme, par Grandclément. (*Lyon méd.*, 17 mars.)

Estomac.—De la dualité anatomique et fonctionnelle des éléments des glandes gastriques, par Montané. (*Soc. biologie*, 29 déc. 1888.) — Recherches sur les micro-organismes de l'estomac, par Capitan et Morau. (*Soc. biologie*, 12 janv.) — Recherches sur les microbes de l'estomac à l'état normal et leur action sur les substances alimentaires, par Abelous. (*Acad. des sc.*, 11 fév.) — Du ferment amylolytique dans la muqueuse gastrique du porc, par Miss Southall et Haycraft. (*Journ. of anat.*, avril.) — Mérycisme et étude physiologique de la digestion stomacale, par Gallois. (*Rev. de méd.*, mars.) — Recherches expérimentales et cliniques avec la possibilité de délimiter exactement l'étendue du contenu gastrique, par A. Bianchi. (*Lo Sperimentale*, octobre 1888.) — Sur les réactions employées pour établir la présence de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, par Sansoni. (*Giorn. d. R. Accad. di medic. di Torino*, n° 2.)—Sur l'utilité de la dialyse dans la recherche de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, par L. Bordoni. (*Riforma med.*, 4 et 5 mars.) — De l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, par Kugler. (*Soc. de thér.*, 13 mars.) — De l'état actuel de nos moyens de diagnostic des maladies de l'estomac, par Stintzing. (*München. med. Woch.*, n° 9.)— Des crises gastriques non tabétiques, par Debove. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 janv.) — De l'atrophie de la muqueuse gastrique, par George Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 98, 4 fév.) — De l'épilepsie gastrique, pathogénie des phénomènes nerveux chez les dyspeptiques, par Massalongo. (*Lo Sperimentale*, mars.) — De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec les affections chirurgicales, par Bazy. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Pathogénie de l'ulcère de l'estomac, par Tcherbakow. (3e *Cong. des méd. russes, St-Pétersbourg.*) — Sur 2 cas d'ulcère chronique simple et sur le cancer de l'estomac, par A. Cantieri. (*Giorn. ital. delle sc. med.*, 1889.) — De la transformation cancéreuse de cicatrices d'ulcère simple de l'estomac, par Flatow. (*Diss. inaug. Munich*, 1887.) — Recherches diagnostiques et thérapeutiques sur la dyspepsie nerveuse, par Wiesner. (*Inaug. diss., Berlin*, 1888.) — Du traitement de l'entérocolite chronique et du lavage de l'estomac, par Maurel. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 sept. 1888.) — Cancer de l'estomac, par Goodhart. (*Path. Soc. of London*, 18 avril.) — Cancer de l'estomac propagé au foie, perforation de l'estomac sans péritonite, par Ischwall. (*Bull. soc. anat.*, p. 23.) — Etat de la muqueuse de l'estomac dans le cancer de cet organe, par Mathieu. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Cancer colloïde de l'estomac, par Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 120, 11 fév.) — Cancer du pylore et de la première portion du duodénum; adénopathie du médiastin, du creux susclaviculaire et de l'aisselle avec compression veineuse, consécutivement œdème sous-cutané, unilatéral, hydrothorax double, sclérose du foie, par Hallion. (*Gaz. des hôp.*, 28 fév.)— Cancer latent de l'estomac et carcinome alvéolaire type du grand épiploon, à forme kystique. Pneumonie lobaire, par Josias et Leblond. (*Bull. soc. anat.*, p. 42.) — Varices de l'estomac, par R. Moutard-Martin. (*Bull. soc. anat.*, p. 44.) — Recherches sur une fistule stomacale, par Quincke. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XV, 5 et 6.) — Température de l'estomac, par Quincke. (*Ibid.*) — Nouvelles observations de chirurgie de l'estomac, par Codivilla. (*Gaz. d. ospit.*, n° 75, 1888.) — Sténose du pylore par pylorite hyperplastique, divulsion digitale incomplète, seconde divulsion, guérison, par Codivilla. (*Ibid.*, n° 78, 1888.) — Pièces d'une gastroentérostomie pour crises gastriques, par Leyden et Watzoldt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 17, 7 janv.) — Dilatation des rétrécissements du cardia et du pylore, par Poggi et Loreta. (6e *Cong. ital. di

chir., Bologne.) — Symptômes gastriques d'ancienne date, guéris par la laparotomie et le redressement de l'appendice xyphoïde enfoncé et des cartilages costaux, par Annandale. (*Med. soc. of London*, 11 fév.) — Gastrostomie avec survie de 403 jours, par J. Murphy. (*Brit. med. journ.*, p. 930, oct. 1888.)—Gastrostomie, par Carmichael. (*Ibid.*, p. 932.) — Gastrostomie. Digestion de la paroi abdominale par le suc gastrique. Ouverture du péritoine. Péritonite. Mort le 10e jour après l'opération, par Tuffier, rapport par Terrillon. (*Bull. soc. de chir.*, XIV, p. 975.) — Résection de l'estomac pour cancer. Guérison apyrétique chez un homme de 39 ans. Ablation du rectum pour cancer chez le père âgé de 72 ans. Pas de récidive après 2 ans et demi, par Kroenlein. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er janv.) — Perforation de l'estomac par coup de revolver, mort de pleuro-pneumonie septicémique, par Orcel. (*Lyon méd.*, p. 106, 20 janv.)

Expectoration. — Des expectorations fétides, par Lejeune. (*Thèse de Paris*, 2 mai.)

F

Face. — Des malformations de la face, facies vara, par Kolmann. (*Inaug. Diss. Wurtzbourg*, 1888.) — Extirpation des tumeurs de la face par le morcellement, par Moulongue. (*Thèse de Paris*, 8 janv.) — De l'hémiatrophie faciale progressive, par Stewart. (*Montreal med. journ.*, XVII, nº 7.)

Fèces. — Nature chimique et signification diagnostique des savons contenus dans les matières fécales, par Mya. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 1.)

Ferment. — Observation sur les ferments digestifs, par Chittenden. (*Med. News*, 16 fév.) — Le rôle des microbes dans certaines fermentations, par Herzen. (*Soc. biologie*, 23 fév.) — Le rôle des microbes dans certaines fermentations, par Duclaux. (*Ibidem*, 2 mars.) — Sur la déperdition d'azote pendant la décomposition des matières organiques, par Schlœsing. (*Acad. des sc.*, 4 fév.) — Du ferment de la fibrine et de son action sur l'organisme, par Bonne. (128 p., *Wurtzbourg*.)

Fièvre. — Sur les réflexes vasculaires dans la fièvre, par Maragliano et Lusona. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 2.) — Microcoques dans la fièvre rémittente bilieuse, par Boinet. (*Lyon méd.*, p. 599, 21 avril.)

Fièvre jaune. — Recherches expérimentales sur la fièvre jaune, par Gibier. (*N. York Acad. of med.*, 17 janv.) — Sur deux petites épidémies de fièvre jaune qui ont sévi à Fort-de-France sept.-déc. 1887, par Merveilleux. (*Arch. de méd. nav.*, avril.)

Fistule. — Les fistules urétéro-péniennes et leur traitement, par E. Salvia (*La Riforma medica*, 22, 23, 24 et 25 janv. 89.) — La cautérisation circulaire, à distance, dans la fistule urétro-pénienne, par P. Morelli. (*Riv. clinica e terap.*, p. 118, mars.) — Fistule urinaire, par G. Pascale. (*Riforma med.*, 1er fév.) — Trois cas de fistule vésico-vaginale, par Johnson. (*Boston med. journ.*, 28 mars.) — Un cas de fistule vésico-vaginale établie par la tuberculose, par Torngren. (*Finska läkar. handlingar*, XXXI, janv.) — Nouvelle opération pour la fistule vésico-utérine, par Champneys. (*Trans. of obstet. Soc. London*, XXX, 4, p. 348.) — Traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode américaine, par Hein-

ricius. (*Nouv. Arch. d'obst.*, fév.) — Soixante cas de fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, par H. Milton. (*St-Thomas's Hosp. Reports* XVII, p. 19.) — Nouvelle méthode de diagnostic dans les cas obscurs de fistule entéro-vésicale, par Noble. (*Obstet. Soc. of Philadelphia*, 3 janv.) — Des fistules pyostercorales, par Vaucher. (*Thése de Paris,* 8 mai. — — Oblitération de la vulve et création d'une fistule vagino-rectale à la suite d'une opération d'un cancer du clitoris, par E. Kuester. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 100, 4 fév.)

Foie. — Les réseaux nerveux du foie et de la rate découverts par Rattone, par Martinotti. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino,* janv.) — Sur l'analogie entre le réseau décrit dans le foie par Nesterowsky et celui de Rattone, par Rattone. (*Ibidem*, janv.) — Nature septique des affections réunies sous le nom de maladie de Weil, par A. Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janv.) — Atrophie jaune aiguë du foie, par L. Pio. (*Riforma med.*, 21 et 22 mars.) — Calcification diffuse du foie, par Targett. (*Path. Soc. of London*, 16 avril.) — Etiologie générale des cirrhoses du foie, par Chauffard. (*Bull. méd.*, 10 fév.) — De la curabilité de l'hépatite interstitielle, par Semmola. (*Progresso med.*, janv.) — Le foie chez les tuberculeux, par Blocq. (*Gaz. des hôp.*, 2 mars.) — De la cirrhose du foie chez les tuberculeux alcooliques, par Bouygues (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — Un cas de cirrhose du foie, par Goodhart. (*Pathol. Soc. of London*, 16 avril.) — Sur la curabilité de l'ascite au cours de la cirrhose alcoolique du foie, par Tissier. (*Gaz. des hôp.*, 16 mars.) — Des cirrhoses; leur traitement par le lait, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 13 fév.) — Guérison de la cirrhose du foie par la diète lactée systématique, par Semmola. (*Intern. klin. Rundschau,* n° 1.) — Foie mobile, par E. Maragliano. (*Riforma med.,* janv. 18 mars.) — Abcès du foie ouvert dans le péricarde, par Jacobsen. (*Revista de ciencias med.*, 20 fév.) — Abcès du foie; guérison, par Williams. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 13 avril.) — Traitement des abcès du foie, par Chauvel. *(Acad. de méd.*, 7 mai.) — Abcès du foie traité par la méthode de Little ; guérison, par Bassompierre. (*Arch. de méd. milit.*, fév.) — Abcès du foie; aspiration; mort, par Fisher. (*Med. News*, 5 janv.) — Sarcome primitif du foie; mort, par Scott Lang. (*Edinb. med. journ.*, avril.) — Rupture traumatique du foie suivie de suppuration et de pleurésie hémorragique, par Landgraf. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 16, 7 janv.)

Fracture. — Fracture du corps du sternum, par Walshe. (*Sheffield med. chir. Soc.*, 14 mars.) — Fracture de côte sans apparence de complication; mort subite le 9[e] jour; autopsie : déchirure de l'artère intercostale; hémothorax par hémorragie consécutive dans la cavité pleurale, par H. Barth. (*France méd.*, 18 déc. 1888.) — Fractures par enfoncement des deux têtes humérales dues à des convulsions musculaires chez une éclamptique, par Auguste Pollosson. (*Revue de chirurgie,* p. 927, 1888.) — Fracture de l'épicondyle et arthrite sèche, par Lyot. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 62.) — Du massage appliqué au traitement des fractures diaphysaires de l'avant-bras et de la jambe, par Mezange. (*Thèse de Paris*, 22 mars.) — Fracture de l'épine iliaque, par Tellier. (*Lyon méd.*, p. 184, 3 fév.) — Deux cas de consolidation tardive de fractures du fémur, par Molfèse. (*Progresso med.*, n° 1, janv.) — Fracture accidentelle d'une ankylose osseuse du genou, produite par une résection de consolidation, par E. Bœckel. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1[er] mars.) — Anatomie pathologique des fractures de la rotule, par Offa. (*Münch. med. Woch.*, 8 janv.) — Du traitement des fractures de la rotule, par Courtade. (*Union médicale*, 2 fév.) — Traitement de la fracture de la rotule par la suture des

fragments, par Pickering. (*Brit. med. journ.*, 23 fév.) — Traitement des fractures de la rotule par suture osseuse, par Conzette. (*Gaz. des hôp.*, 16 fév.) — Suture osseuse métallique sous-cutanée, à fils perdus dans les fractures de la rotule, par Ceci. (6e *Cong. ital. de chir.*, *Bologne.*) — Nouveau procédé de suture extra-articulaire de la rotule, par Myles. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 22 fév.) — Valeur séméiologique de l'ecchymose dans les fractures des métatarsiens, par Thiéry. (*Gaz. méd. Paris*, 23 mars.) — Fracture bimalléolaire avec consolidation vicieuse par déviation du pied en dehors. Ostéotomie linéaire du péroné ; résection de l'extrémité inférieure du tibia ; guérison avec reconstitution de la mortaise tibio tarsienne ; restitution des mouvements du pied et des fonctions du membre, par Charvot. (*Bull. Soc. de chir.* XIV, p. 665.) — Fracture du péroné traitée par le massage et la mobilisation, par Marevéry. (*Union médicale*, 14 fév.) — Fracture comminutive, compliquée ; guérison par la médication antiseptique, par Curti. (*Sperimentale*, janv.)

G

Gale. — Anatomie de la gale, par Török. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VIII, nº 8.) — Savon au pétrole pour le traitement de la gale, par Paul. (*Soc. de thérap.*, 10 avril.)

Gangrène. — Manie aiguë avec gangrène symétrique des orteils, par Macpherson. (*Journ. of mental sc.*, avril.) — Maladie de Raynaud avec éruption particulière de la face, par West. (*Clin. Soc. of London*, 8 fév.) — Plaques de gangrène dans les régions du nerf radial et axillaire à la suite d'un panaris de la phalangette du pouce, par Routier. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XIV, p. 790.)

Gaz. — De la toxicité du gaz d'eau, par O. Wyss et Schiller. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er janv.)

Génitaux (Org.) — Note sur une tumeur singulière du corps caverneux, par Pousson. (*Ann. de la polyclin. Bordeaux*, nº 1.) — Phimosis congénital, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 29 janv.) — De la lymphangite gangréneuse du pénis, par Taurin. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — Nouveau procédé opératoire pour l'extirpation totale du pénis, par Montaz. (*Bull. de la Soc. de méd. de l'Isère*, 7 déc. 1888.) — Méthode d'amputation du pénis, par Allison. (*South Indian and Madras Branch of British med. Assoc.*, 7 sept. 1888.) — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme, par Trélat. (*Ann. de gyn.*, janv.) — De l'étiologie du prolapsus des organes génitaux de la femme, par Vignard. (*Arch. de tocol.*, fév.) — De la tuberculose de l'appareil génital de la femme, par Daurios. (*Thèse de Paris*, 30 janv.) — La désinfection du canal génital, par Steffeck. (*Cent. f. Gynaek.*, nº 14, 6 avril.) — Sur une complication vésicale rare de la vulvite des petites filles, par E. Berger. (*Ann. de la polyclin. Bordeaux*, nº 1.)

Géographie médicale. — Essai sur la topographie médicale des Nouvelles-Hébrides, par Gaillard. (*Thèse de Bordeaux*, 11 fév.) — Saintes et son arrondissement : essai de géographie médicale, d'hygiène et d'épidémiologie, par Viaud. (*Thèse de Bordeaux*, 27 fév.) — Contribution à la géo-

graphie médicale des Antilles et du littoral Est de l'Atlantique nord, par VINCENT. (*Arch. de méd. nav.*, janv.) — Rapport médical sur Obok, par ESCLANGON. (*Arch. de méd. nav.*, fév.)

Glaucome. — Pathogénie du glaucome; étude critique et expérimentale, par PICQUÉ. (*Arch. d'ophthalm.*, janv.) — L'astigmatisme est-il une cause de glaucome? par THEOBALD. (*Americ. Ophth. Soc.*, 19 sep. 1888.) — De l'importance du diagnostic précoce du glaucome, par HARLAN. (*Medical bulletin*, X, n° 8, p. 248.) — Pronostic du glaucome chronique, par NETTLESHIP. (*Royal London opht. hosp. Reports*, XII, f. 2, p. 72.) — Sclérotomie pour glaucome enfantile (hydrophtalmie) chez un enfant de 6 mois, par HAAB. (*Corresp.-Blatt f. sch. Aerzte*, 15 janv.)

Glycose. — Sur la quantité de glycose dans les épanchements séreux et purulents et dans les liquides kystiques, par MYA et GRAZIADEI. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 2.)

Goût. — Organes gustatifs du vulpes vulgaris, par TUCKERMAN. (*Journ. of Anat.*, janv.)

Goutte. — Xanthelasma et goutte avec épaississements fusiformes des tendons, par HUTCHINSON. (*Clin. Soc. of London*, 12 avril.)

Greffe. — De la greffe dermo-épidermique par le procédé de Thiersch, par CHENILLOT. (*Thèse de Paris*, 10 janv.) — Un nouveau procédé de greffe cutanée en ophtalmologie; la méthode de Thiersch et ses indications en chirurgie oculaire, par VIALET. (*Arch. d'ophtalm.*, janv.) — Greffes zooplastiques, par DUBOUSQUET-LABORDERIE. (*Soc. de méd. prat.*, 14 fév.) — Greffe cérébrale, par SALVATI. (6e *Cong. ital. de chir., Bologne.*) — De la greffe osseuse chez l'homme, par OLLIER. (*Arch. de phys.*, nos 1-2, janv.-avril.)

Grippe. — Sur la tuméfaction parotidienne dans la grippe, par FIESSINGER. (*Gaz. médic. Paris*, 30 mars.)

Grossesse. — Sur les mouvements rythmés du fœtus, par BAR. (*Rev. gén. de clin.*, 4 avril.) — Contribution à l'étude des rapports de la grossesse et de quelques affections du système nerveux), par CHAMBRELENT. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 27 janv.) — Grossesse et hystérie, par BRUNON. (*Normandie médic.*, 1er avril.) — Vomissements incoercibles de la grossesse ayant entraîné la mort, par KINGMAN. (*Boston med. journ.*, p. 132, 7 fév.) — Troubles rénaux pendant la grossesse en rapport avec une tendance au travail, par PARTRIDGE. (*Trans. of obs. Soc. N. York*, 18 déc. 1888.) — Atrophie musculaire des quatre membres à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles, par DESNOS, JOFFROY et PINARD. (*Bull. Acad. de méd.*, 15 janv.) — Membranes fœtales avec lésions indéterminées dans la grossesse au début, par PHILLIPS. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 52.) — Des relations de la diathèse hémorragique avec la grossesse, par BRIEGER. (*Charité Annalen*, p. 203, 1888.) — Pneumonie compliquant la grossesse, par FALKINER. (*Brit. med. journ.*, 2 mars.) — Un cas d'allongement aigu avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement, par MISRACHI. (*Arch. de tocol.*, fév.) — Contribution à l'histoire des grossesses triples, par PINARD. (*Ann. de gynéc.*, janv.) — Valeur de la pilocarpine dans la grossesse, le travail et l'état puerpéral, par PHILLIPS. (*Trans. of Obstet. Soc. London*, XXX, 4, p. 354.) — Grossesse tubaire; autopsie; par MONTGOMERY. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 63, 12 janv.) — Deux cas de laparotomie pour grossesse extra-utérine suivis de guérison, par

M. Richardson. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, p. 96, 19 janv.) — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, par Pinard. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Accouchement normal après une grossesse extra-utérine, par Tuppert. (*München. med. Woch.*, 1er janv.) — Laparotomie pour grossesse tubaire rupturée, par Stoker. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 8 mars.) — Grossesse extra-utérine; mort, par Barbier. (*Lyon méd.*, p. 106, 20 janv.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie 8 mois après la mort du fœtus; sac formé par la trompe et le ligament gauches; guérison, par Cullingworth. (*Trans. of obstet. Soc. London*, XXX, 4, p. 480.) — Un cas de grossesse extra-utérine traité par l'électricité, par Galabin. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Laparotomie pour un cas de grossesse embryonnaire dans la corne droite de l'utérus, par Sklifassowski. (*Rev. gén. de clin.*, 28 mars.) — Théorie de la gestation extra-utérine, par F. Lataste. (*Soc. Biologie*, 16 fév.)

Gynécologie. — Leçons de gynécologie opératoire, par Vulliet et Lutaud. (In-8°, 444 p., *Paris*.) — Des troubles mentaux consécutifs aux opérations en gynécologie, par C. D. Fillebrown. (*Amer. Journ. of obstet.*, janv.)

H

Helminthe. — Recherches cliniques et anatomiques sur la trichinose, par Nonne et Hœpfner. (*Zeits. f. klin. Med.*, XV, 5 et 6.) — Un cas de trichinose, par W. Burrage. (*Boston med. journ.*, p. 249, 13 sept.) — Note sur l'anthomia canicularis, invasion du vagin par les larves, nymphomanie consécutive, par James. (*St-Louis med. and surg. journ.*, n° 2.) — Recherches embryologiques sur les cestodes, par Grossi et Rovelli. (*Cent. f. Bakter.*, V, n° 12.)

Hémoglobinurie. — Hémoglobinurie, par Bristowe. (*Med. soc. of London*, 29 avril.) — Etudes cliniques sur les hémoglobinuries, par E. Rossoni. (*Il Morgagni*, janv.)

Hémorragie. — Hémorragie utéro-placentaire, quelques applications cliniques du traitement obstétrical de l'auteur, par Hamon de Fresnay. (*Ann. soc. méd. Anvers*, mars.) — Sur le moyen d'obtenir l'hémostase avec le thermocautère de Paquelin, par C. Ghillini. (*Riforma med.*, 2 fév.)

Hémorroïdes. — Des hémorroïdes pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par Grancher. (*Thèse de Paris*, 18 mai.) — De l'antipyrine contre les hémorroïdes, par Schreiber. (*Therap. Monats.*, p. 331, 1888.)

Hernie. — Hernie du diaphragme d'origine congénitale, par Monnier. (*Thèse de Paris*, 31 janv.) — Des lésions de l'intestin dans les hernies et surtout dans les hernies étranglées, par Cornil. (*Semaine méd.*, 13 mars.) — Influence de la toux sur la réduction des hernies, par Vandenabeele. (*Soc. de méd. prat.*, 11 avril.) — Hernie inguinale réduite par le taxis; persistance de l'obstruction intestinale, emploi du mercure métallique, guérison, par Sorel. (*Normandie méd.*, 15 mars.) — Hernie graisseuse épiploïque irréductible, kélotomie, guérison, par Sonrier et Frebillot. (*Gaz. des hôpit.*, 16 avril.) — Sur le traitement des hernies avec gangrène, par Klaussner. (*München. med. Woch.*, n° 5.) — Traitement des grosses hernies abdomi-

nales, par Blackwood. (*Provincial med. journ.*, mars.) — Lésions de l'intestin dans les hernies étranglées, par Cornil et Tchistovitch. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Cure radicale des hernies inguinales, par Sacchi. (*Sperimentale*, janv.) — Cure radicale de hernie inguinale gauche congénitale avec ectopie testiculaire, par Richelot. (*Union médicale*, 27 janv.) — Hernie inguinale congénitale du côté droit, cure radicale, par Richelot. (24 fév.) — Cure radicale des hernies, par Shepherd. (*Montreal med. chir. Soc.*, 21 mars.) — Cure radicale de la hernie diaphragmatique, par Postempski. (6e *Cong. ital. de chir. Bologne.*)

Herpès. — Herpétide exfoliatrice généralisée, par Hallopeau. (*Ann. de Dermat.*, X, 3, p. 209.) — De l'oligodipose et de ses rapports avec l'herpétisme de M. Lancereaux, par Devaux. (*Thèse de Bordeaux*, 20 fév.) — Herpès syphilitique, par Phillips. (*Harveian soc.*, 31 janv.)

Histologie. — De la réaction des fibres élastiques avec l'emploi du nitrate d'argent, rapport entre le tissu musculaire et le tissu élastique, par Martinotti. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 2.) — Nouvelle méthode pour laver les coupes histologiques dans divers liquides et dans les solutions colorantes, par Dionisio. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, janv.) — Traité de microscopie médicale et pharmaceutique, par Zune. (In-8°, *Paris.*)

Hydatide. — Kyste hydatique du poumon, par Pavone. (*Progresso med.*, 15 fév.)—Hydatides du foie, par Poland. (*Hunterian soc.*, 27 fév.)—Kystes hydatiques du foie généralisés au poumon et au sacrum, paraplégie, par Rendu. (*France médicale*, 14 juillet 1888.) — Des kystes hydatiques du foie, par Boeckel. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 fév. et *Gaz. de Strasbourg*, 1er mars.) — Kyste hydatique du foie traité et guéri par la ponction et l'incision de la poche après formation d'adhérences, par Lagrange. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 20 janv.) — Traitement des kystes à échinocoques du foie et des abcès hépatiques, par L. Brancato. (*Riforma med.*, 26 novembre 1888.) — Enorme kyste hydatique suppuré du foie, laparotomie, guérison, par E. Mariotti. (*Lo Sperimentale*, nov. 1888.) — Traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction et l'injection de sublimé, par Potherat. (*Rev. gén. de clin.*, 14 mars.) — L'incision en deux temps des kystes hydatiques du foie, par Heydenreich. (*Semaine médic.*, 13 mars.) — Kyste hydatique à manifestations abdominales et pulmonaires offrant tous les symptômes cliniques d'une angiocholite suppurée ; mort par ouverture dans les bronches et vomique, par Reboul et Vaquez. (*Bull. Soc. anat.*, p. 618, 1888.) — Kyste hydatique de la paroi vaginale antérieure, cause de dystocie chez une quadripare, par Dickmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 124, 11 fév.) — Kyste hydatique suppuré de l'abdomen chez une femme enceinte, large incision du kyste, par Girdlestone. (*Australian med. journ.*, 15 déc. 1888.) — Kystes hydatiques de l'épiploon, par Levrat. (*Lyon médic.*, p. 598, 21 avril.) — Hydatides du rein, néphrectomie, guérison, par Knie. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 37, 1888.) — Kyste hydatique suppuré de l'abdomen, incision, guérison par Theodor Walzberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 déc. 1888.)

Hydroa. — Trois cas d'hydroa, par Quinquaud. (*Ann. de Dermat.*, X, 3, p. 210.)

Hydrothérapie. — L'emploi du maillot humide, par Bottey. (*Rev. d'hyg. thérap.*, avril.) — Principes du traitement hydrothérapique dans les maladies nerveuses, par Materne. (*Rev. gén. de clin.*, 2 janv.)

Hygiène. — Compendium d'hygiène infantile, par Bazzani. (In-16, *Turin.*) — — Les conditions sanitaires du cercle de Ratibor (Silésie prussienne), par Arnstein. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, supplém. au tome L, p. 166.) — De

l'assistance publique des nouveau-nés pauvres, par DRUFFEL. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*. suppl. au tome L, 126.) — L'hygiène du travail ; guide médical des industries et des professions, par MONIN. (In-12, *Paris*.) — La ligue nationale de l'éducation physique, par L. REUSS. (*Annal. d'hyg. publ.*, XXI, 36, janv.) — L'éducation physique et les jeux scolaires, par E. VALLIN. (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, X, 1025.) — De la fenêtre ouverte pendant la nuit dans la chambre à coucher, par MULLER. (*Rev. gén. de clin.*, 7 fév.) — De l'aération et de la sédentarité dans les lycées d'internes de Paris, par GAUD. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — Le chauffage par les poêles mobiles, par MARTIN. (*Gaz. hebd. de méd.*, 12 avril.) — Du chauffage moderne par les poêles mobiles à combustion lente, par FERRAND. (*Lyon méd.*, 17 et 24 mars.) — Des mariages précoces et de leurs conséquences, par ROUVIER. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Moyens de rendre compatibles avec le secret professionnel la déclaration des causes de décès et la déclaration des maladies épidémiques, par P. BROUARDEL. (*Ann. d'hyg. publ.*, XX, 522.) — La crémation et l'inhumation, par KUMO, PREETORIUS et SCHLEICHER. (*Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, p. 37, fév.) — Etude sur l'état actuel de l'industrie des allumettes au point de vue de l'hygiène des ouvriers, par GABRIEL POUCHET. (*Rev. d'hyg.*, X, 1070 et 1100.) — La fabrication du phosphore et la nécrose phosphorée, par CAZENEUVE. (*Lyon méd.*, p. 102, 20 janv.) — Eaux potables égouts à vidanges et champs d'irrigation des bains de mer de Norderney, par KRUSE. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, supplément au tome L, 154.) — La margarine et le beurre artificiel, procédés de fabrication, dangers au point de vue de la santé, par GIRARD et BREVANS. (In-18, 172 p., *Paris* et *Ann. d'hyg.*, XX, 481.) — Vin arsénié et vente de l'arsenic à propos des empoisonnements d'Hyères, par MARQUEZ. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXI, 74, janv.) — 27e rapport politico-clinique sur la prostitution à Bologne, en 1888, par GAMBERINI. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 1.) — La prostitution ; état actuel de la question, par WERNICH. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, L, 161, janv.)

Hypnotisme. — De l'hypnotisme thérapeutique, par BESSE. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — Grand et petit hypnotisme, par BABINSKI. (*Arch. de neurol.*, mars.) — Nouvelles études sur l'hypnotisme et la simulation, par OTTOLENGHI et LOMBROSO. (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino*, déc. 1888 et janv. 1889.) — Le magnétisme animal, hypnotisme et suggestion, étude historique et critique, par MORAND. (In-18, *Paris*.) — Hypnotisme, états intermédiaires entre le sommeil et le rêve, par COSTE DE LAGRAVE. (In-16, *Paris*.) — Cas d'autohypnose, par FOREL. (*Münch. med. Wochens.*, 15 janv.) — Psychologie de l'hypnose (auto-observation), par BLEULEN. (*Ibid.*, n° 5.) — De la sensibilité sexuelle congénitale, résultats heureux de la suggestion hypnotique, par KRAFFT EBING. (*Int. Cent. f. Phys. des Harn. sex. organe*, I, 1.) — Les perceptions inconscientes de l'hypnotisme, par BINET. (*Rev. scientif.*, 23 fév.) — Exemple des dangers de l'hypnotisme entre les mains des laïques, par E. HAFFTER. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 janv.) — Observation d'une femme devenue aliénée à la suite de pratiques d'hypnotisme, par LEVOF. (*Soc. médic. psychol.*, mai.) — Opération chirurgicale pratiquée pendant le sommeil hypnotique, par FORT. (*Bull. gén. de thér.*, 30 août 1888.) — Action des médicaments à distance dans l'hypnotisme, par BIDON. (*Marseille méd.*, n° 1, p. 25.) — L'hypnotisme au point de vue de la médecine pratique, par FOREL. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er déc. 1888.)

Hystérie. — Enregistrement des excitations portées sur une région anesthésique du corps chez des hystériques, par A. BINET. (*Soc. Biol.*, 12 janv.) — Quelques effets des excitations périphériques chez les hystériques, par

Ch. Féré. (*Ibid.*, 19 janv.) — Le temps de réaction chez les hystériques et chez les épileptiques, par Ch. Féré. (*Ibid.*, 2 fév.) — Notes hématospectroscopiques sur les hystériques et les épileptiques, par Ch. Féré. (*Ibid.*, 16 fév.) — Notes hématospectroscopiques sur les hystériques, par Ch. Féré. (*Ibid.*, 23 fév.) — Etude sur l'hystérie, par Stephen Mackenzie. (*Harveian soc. of London,* 11 avril.) — Les agents provocateurs de l'hystérie, par Guinon. (*Thèse de Paris*, 20 fév.) — Narcolepsie, par Caton. (*Clin. Soc. of London*, 8 fév.) — Un cas de somnambulisme hystérique spontané et provoqué, par Cullerre. (*Ann. méd. psych.,* nov. 1888.) — Association sans fusion de l'hystérie avec les maladies organiques, tabes et sclérose en plaques, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 30 avril.)— De l'hystérie pulmonaire chez l'homme, par Laurent. (*Encéphale,* janv.) — Contracture hystérique chez une petite fille, par G. Cavani. (*Riforma medic.*, 30 nov. et 1er déc. 1888.) — Note sur un cas d'hémiplégie hystérique chez un saturnin, par Souques. (*Gaz. méd. Paris*, 12 janv.)— Quelques cas rares d'hystérie dont un chez l'homme. Réflexions médico-légales, par Dumolard. (*Dauphiné méd.*, n° 2, p. 17.) — Hystérie traumatique, par Hammond. (*New York neurol. Assoc.*, 8 janv.) — De l'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie. Revue critique, par Georges Guinon. (*Rev. de chirur.*, p. 930, 1888.) — De l'hystérie toxique, de l'apoplexie hystérique dans la syphilis, par Rouby. (*Thèse de Paris,* 13 fév.) — Contribution à l'étude du traitement de la surdité chez les hystériques, par Gilles. (*Marseille méd.*, n° 1, p. 16.) — Un cas d'hystérie avec automatisme ambulatoire et tremblement, par Desnos. (*Gaz. des hôp.*, 7 mars.) — Du traitement de certaines formes de neurasthénie et d'hystérie par la cure de Weir Mitchell, par Josef Schreiber. (*Berlin. klin. Woch,*, 31 déc. 1888.) — Du traitement de l'hystérisme, par Cucca. (*Progresso med.*, n° 1, janv.) — De la morphine dans le traitement de l'hystérie chez la femme, par Terrail. (*Thèse de Paris*, 28 fév.)

Infection. — De l'auto-infection par fermentation gastro-intestinale, par W. Thomson. (*New York med. Record.*, p. 133, 2 fév.) — Influence du système nerveux de l'infection, par Charrin et Ruffer. (*Soc. biol.*, 9 mars.) — De l'isolement dans les fièvres infectieuses, par Mac Swinéy. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 8 fév.)

Injection. — Nouvelles recherches sur l'injection de l'eau salée dans les vaisseaux, par Dastre et Loye. (*Arch. de Phys.*, nos 1-2, janv.-avril.) — Sur un système spécial d'injection hypodermique de certains médicaments irritants ou caustiques, par Gimbert. (*Gaz. hebd. de méd.,* 12 avril.) — Des injections sous-cutanées d'antipyrine, par Fried. Merkel. (*Münch. med. Wochens.*, n° 33, 1888.) — Injection d'éther iodoformé suivie d'accidents graves, par Gaillard. (*Poitou méd.*, 1er mars.) — Des injections sous-cutanées de méthylal comme soporifique, par Kallfelz. (*Thèse de Strasbourg*, 1888.) — Injection sous-cutanée d'huile grise benzoïnée, par Hirtz. (*Soc. méd. des hôpit.*, 25 janv.) — Injections intra-musculaires d'iodure de mercure et de potassium, par Fischer. (*Klin. Monats. f. Augen.*, mars.)

Intestin. — Traitement de la constipation habituelle par le massage, par Eccles. (*Practitioner*, avril.) — Typhlite et pérityphlite, traitement par le froid, par Guinard. (*Gaz. des hôpit.*, 26 fév.) — L'entérite muco-membra-

neuse, par Lyon. (*Gaz. des hôpit.*, 11 mai.) — Lymphome de l'intestin, par Pitt. (*Pathol. Soc. of London*, 19 mars.) — Carcinome du gros intestin, par Aufrecht. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIII, p. 515.) — Deux cas de cancer du gros intestin, par Johnson. (*Pathol. Soc. of London*, 5 fév.) — Cancer de la valvule iléo-cœcale, par Money. (*Pathol. Soc. of London*, 5 fév.) — Un cas de cancer du jéjunum, par Hübner. (*Münch. med. Wochensc.*, p. 246, 1088.) — Recherches expérimentales sur la chirurgie intestinale, gastro et jéjuno-entérostomie, par Jessett et Horsley. (*Royal med. and chir. Soc.*, 12 mars.) — Du traitement des soi-disant abcès pérityphliques, par Weir. (*Med. News*, 27 avril.) — Rupture de l'intestin grêle par coup de pied de cheval sans lésion de la paroi abdominale, péritonite suraiguë, mort, par Favier. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Rupture de la 3e partie du duodénum, par Freeman. (*Brit. med. journ.*, 27 avril.) — Plaies multiples de l'intestin par instrument tranchant, entérorraphie, guérison, par Montanelli. (*Sperimentale*, janv.) — Plaie de l'intestin par instrument tranchant, entérorraphie, guérison, par Méjasson. (*Arch. méd. milit.*, p. 290, avril.) — Blessure du côlon descendant par instrument pointu, péritonite générale aiguë, guérison, par E. Busacca. (*Il Morgagni*, déc. 1888.) — Gangrène du côlon transverse dans une hernie ombilicale, résection de 22 pouces d'intestin, suture, guérison, par Cotterill. (*Edinb. med. journ.*, janv.) — Extirpation du cœcum, par Durante. (6e *Cong. ital. de chir. Bologne.*) — Résection de 8 centimètres de l'iléon, guérison, par Rubio. (*El Siglo med.*, 17 fév.) — Un cas de résection intestinale suivi d'entérorraphie pour une hernie gangrenée, par G. Lo Grasso. (*Silicia medica*, p. 42, janv.)

Iris. — Kyste transparent de l'iris, par Benson. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 2 mai.) — Un cas de kyste de l'iris consécutif à une extraction de corps étranger avec l'aimant. Guérison par excision, l'acuité visuelle redevient normale, par Friedenwald. (*Centr. f. prakt. Augenh.*, nov. 1888.) — Un cas d'iridirémie partielle, par Franke. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, mars.) — De l'iridirémie totale congénitale, par Tockuss. (*Thèse de Strasbourg*, 1888.) — Persistance de la membrane oculo pupillaire, quelques variétés, par Collins. (*Roy. London opht. hosp. Reports*, XII, p. 197.) — Sarcome primitif de l'iris, par Collins. (*London opht. hosp. Reports*, XII, 3.)

K

Kyste. — Note sur une nouvelle méthode de traitement applicable aux kystes synoviaux, aux loupes sébacées et en général à toutes les tumeurs kystiques de la peau, par Barth. (*Union médicale*, 15 janv.) — Kystes à grains riziformes. Inoculation tuberculeuse généralisée, par Reynier. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 982.) — Kyste volumineux à contenu sébacé de la pulpe du pouce, par Verchère. (*Bull. Soc. anat.*, p. 45); examen histologique, par Darier. (*Ibid.*, p. 50.) — Formation des kystes de la bouche, par Spencer. (*Pathol. Soc. of London*, 19 fév.) — Des kystes dermoïdes intra-craniens, par Lannelongue. (*Acad. des sc.*, 18 mars et *Bull. méd.*, 24 mars.) — Kyste dermoïde du côté droit de la poitrine communiquant avec une bronche, par Godlee. (*Royal med. and chir. Soc.*, 23 avril.) — Kyste dermoïde de la région fessière, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, p. 345, 3 mars.) — Note sur un cas de kyste du creux poplité, par Février. (*Gaz. méd. Paris*, 25 mars.)

L

Lacrymales (Voies). — Adénome de la glande lacrymale, par Swell. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 2 mai.) — Traitement des affections des voies lacrymales, par Trousseau. (*Gaz. des hôpit.*, 21 mars.)

Lait. — Appareil d'Eghi pour stériliser le lait destiné aux enfants, par Conrad. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* 1er janv.)

Langue. — Maladies de la langue, par Butlin, trad. de Douglas Aigre. (In-8°, *Paris.*) — La langue à l'état normal et pathologique, par Hoge. (*Virginia med. Monthly*, fév.) — La langue névropathique, par Simon. (*Thèse de Paris*, 21 fév.) — Ulcération de la langue guérie par l'opium, par Sheild. (*Med. Soc. of London,* 25 fév.) — De l'ichthyose de la langue, par Atkinson. (*Illust. med. news*, p. 195, nov. 1888.) — De la papayotine dans le traitement des fissures linguales, par Schwimmer. (*Therap. Gaz.*, 11 janv.) — Un cas d'abcès de la langue dans la convalescence d'une rougeole normale, par Gellé. (*Rev. gén. de clin.*, 24 janv.) — Kyste dermoïde sublingual, par Devos. (*Presse méd. belge*, n° 2.) — Nævus de la langue, par Barling. (*Brit. med. journ.*, p. 249, 2 fév.) — Un cas de tuberculose primitive de la langue, présentation du malade 3 ans après l'extirpation totale par la méthode de Kocher, par William Bull. (*New York med. Record*, p. 62, 19 janv.) — Leucome de la langue, par Logan. (*Liverpool med. journ.*, juillet 1888.) — Sarcome de la racine de la langue, trachéotomie, ligature des deux linguales, extirpation par la pharyngotomie sus-hyoïdienne, guérison, par Schulten. (*Finiska lakär. Handlingar*, p. 680, 1888.) — Signes prémonitoires du cancer de la langue, par Butlin. (*Harveian Soc. of London*, 14 mars.) — Méthode de ligature des artères linguales pendant l'excision de la langue avec les ciseaux, par Jessett. (*Med. Soc. of London*, 11 fév.)

Laparotomie. — Résultat de 115 laparotomies, par Ruggi. (6e *Cong. ital. de chir. Bologne.*) — Onze cas de laparotomie exploratrice, par H. Marcy. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 114, 26 janv.) — 25 laparotomies (21 ovariotomies, 2 ablations de fibromes utérins, 2 incisions exploratrices), par Cabot. (*Boston med. journ.*, p. 29, 10 janv.) — Analyse de 130 cas de laparotomie, par Croom. (*Edinb. med. Journ.*, mai.) — Laparotomies pour tumeurs abdominales et pour traumatisme des viscères abdominaux, par P. Postempski. (*Il Morgagni*, déc. 1888.) — Indication de la laparotomie dans les processus aigus, par Gersuny. (*Wiener med. Blätter*, n° 45, 1888.) — 3 laparotomies, par E. Kuester (1° kystosarcome de l'ovaire; 2° myomes utérins avec hydropisie tubaire; 3° résection de l'intestin pour cancer de la valvule de Bauhin). (*Berlin. klin. Woch.*, 10 déc. 1888.)

Larynx. — Les cordes vocales et le muscle hyo-épiglottique, par Bland Sutton. (*Journ. of Anat.*, p. 256, janv.) — Contribution à l'étude du nerf laryngé moyen, par A. Onodi. (*Centr. f. d. med. Wiss.*, n° 51, p. 962, 1888.) — Les mouvements de l'épiglotte, par Howard. (*Royal med. and chir. Soc.*, 26 fév.) — Différents aspects d'épiglottes normales vues au laryngoscope, par Audubert. (*Ann. de la polyclin. Bordeaux*, n° 1.) — Etude photographique de l'image du larynx pendant le chant, par French. (*New York med. journ.*, 26 janv.) — Clinique laryngologique de Naples, Dr Massei. Compte rendu de l'année 1887-88, par Cardone. (*Arch. di laring.*, IX, 1.)

— Etude séméiotique sur la toux, par Modigliano. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, fasc. 5.) — Causes d'enrouement et d'aphonie, par Fink. (*Massachussets med. journ.*, avril 1888.) — Altération de la voix par la cocaïne, par Sandras. (*Soc. de méd. prat.*, 28 mars.) — Larynx de pendu, par Princeteau. (*Soc. d'anat. et de phys. Bordeaux*, 5 nov. 1888.) — Laryngite traumatique, rupture probable de quelques fibres musculaires du thyro-aryténoïdien interne, voix cassée, par Lacoarret. (*Ann. de la polyclin. Bordeaux*, nº 1.) — Œdème aigu primitif du larynx. Asphyxie avec menaces de mort immédiate, trachéotomie. Guérison rapide, par Yvert. — Laryngite aiguë avec œdème de la glotte chez un alcoolique de 60 ans, crico-trachéotomie sans anesthésie. Guérison, par Lacronique. — Œdème suffocant du larynx, mort, par Audet; rapport de Chauvel. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 846.) — Périchondrite aryténoïdienne idiopathique double, par Virchow. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 déc. 1888.) — Périchondrite du cartilage aryténoïde (fièvre typhoïde), avec paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, par Swain. (*Amer. journ. of med. sc.*, mars.) — Hémorragie de la muqueuse laryngée, suite de catarrhe chronique du larynx, par Pleskoff. (*München. med. Woch.*, nº 49, 1888.)—De la laryngite hémorragique, par Srebrny. (*Gazeta lekarska*, nº 38, 1888.) — Deux cas de brûlure des voies respiratoires par inhalation de vapeur, par J. Hamilton. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 47, 12 janvier.) — Du phlegmon infectieux primitif du larynx, par Gersuny. (*Wien. klin. Wochens.*, nº 36, 1888.) — De l'érysipèle primitif du larynx, par Ziegler. (*Deutsche Arch. f. klin. Med.*, XLIV, 4.) — Tuberculose laryngée, par Lavrand. (*Journ. sc. méd., Lille*, 15 fév.) — Des indications du traitement de la tuberculose laryngée, par Luc. (*Rev. gén. de clin.*, 28 mars.) — Tuberculose laryngée avec paralysie temporaire bilatérale des abducteurs, par Handford. (*Brit. med. journ.*, 20 janv.) — *Idem*, par Percy Kidd. (*Royal med. and chir. Soc.*, 22 janv.) — Phtisie pneumonique et laryngite chronique, par Hoekling. (*Journ. amer. Assoc.*, 6 avril.) — Phtisie laryngée, altérations de l'épiglotte, par Fowler. (*Hunt. Soc.*, 27 mars.) — Un cas de laryngite tuberculeuse primitive pseudo-polypeuse; structure papillomateuse des tumeurs; examen bactériologique affirmatif des crachats; inoculation à un cobaye de fragments de tumeur intra-laryngienne, tuberculisation du cobaye, par Tissier et Gouguenheim. (*Ann. des mal. de l'oreille*, avril.) — De l'hypertrophie fibreuse, diffuse de la muqueuse laryngée, de la nature des végétations préaryténoïdiennes observées chez les phtisiques, par Luc. (*Arch. de laryngol.*, II, nº 1.) — Lupus tuberculeux du larynx, de la trachée et des bronches, sténose de la trachée et des bronches, enfant de 14 ans, par Whipham et Delépine. (*Clin. Soc. of London*, 8 mars.) — De la curabilité de la phtisie laryngée et de son traitement, par Sokolowski. (*Gazeta lekarska*, nº 85, 1888.) — Les eaux sulfureuses dans la tuberculose laryngée, par Charazac. (*Rev. de laryngol.*, 1er avril.) — Traitement de la tuberculose laryngée, par Hunt. (*Liverpool med. journ.*, juillet 1888.) — *Idem*, par Rosenberg. (*Therap. Monats.*, nº 7, 1888.) — *Idem*, par Streit. (*Inaug. Diss. Wurzburg*, 1888.) — Traitement de la phtisie laryngo-pulmonaire par le spray de vaseline chaude, additionnée de menthol et d'iodoforme, par Smith. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 22 sept. 1888.) — Extirpation d'une tumeur tuberculeuse du larynx par la laryngo-pharyngotomie, guérison, par Gerster. (*New York med. Record*, 6 avril.) — Laryngite aiguë spécifique avec aphonie, par Dereine. (*Arch. méd. belges*, oct. 1888.) — Diagnostic et traitement de la syphilis laryngée, par Oltuszewski. (*Gazeta lekarska*, nº 46, 1888.) — De l'ozène laryngo-trachéal, nouveaux cas, par Luc. (*Journ. of laryngol.*, janv.) — Laryngite striduleuse et éclampsie associées avec le rachitisme, par Vineberg. (*New York Acad. of med.*, 14 mars.) — Vertige laryngé, par Armstrong. (*New York Acad. of med.*, 26 mars.) — Troubles moteurs

hystériques du larynx, par James Ball. (*Lancet*, 23 fév.) — Aphonie nerveuse à frigore chez un enfant, par Peyrissac. (*Ann. de la polyclin. Bordeaux*, nº 1.) — Aphonie nerveuse, guérison par suggestion, par Milsom. (*Ann. des mal. de l'oreille*, avril.) — Paralysie du nerf récurrent droit, suite de traumatisme ayant amené une pleurésie hémorragique, par Port. (*Hunterian Soc.*, 27 fév.) — Traitement de la laryngite spasmodique par l'opium, par Meigs. (*Med. News*, 23 mars.) — Epingle implantée dans le vestibule du larynx; extraction par les voies naturelles, par Berger. (*France méd.*, 8 sept. 1888.) — Corps étranger logé dans le ventricule du larynx, trachéotomie, guérison, par Pick. (*Lancet*, 2 fév.) — Cas obscur de rétrécissement laryngé, trachéotomie, par Bateman. (*Brit. med. journ.*, 5 janv.) — Présentation d'un homme de 25 ans trachéotomisé pour rétrécissement du larynx et ayant abandonné sa canule au bout de 3 ans, par Lewin. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 37, 14 janv.) — 5 cas de rétrécissement du larynx traités par la méthode de Schroetter, par Arthur Thost. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 5, 28 janv.) — Pince à polypes laryngiens, par Ruault. (*Bull. Soc. chir.*, XIV, p. 1039.) — Disparition spontanée de tumeurs laryngées après la trachéotomie, par Hunter Mackenzie. (*Lancet*, 6 avril.) — Expulsion spontanée par la toux d'une tumeur laryngée, par Hunter. (*Brit. med. journ.*, 13 avril.) — Kyste de la région aryténoïdienne, par Furundarena-Labat. (*Rev. de laryng.*, 15 avril.) — Polypes laryngés, par Harris. (*Manchester med. Soc.*, 6 fév.) — Tumeur du larynx, par Crew. (*Nottingham med. chir. Soc.*, 18 janv.) — Un cas de fixation de la corde vocale gauche sur la ligne médiane avec enrouement dû à un petit néoplasme, par Solis Cohen. (*Rev. de laryng.*, 15 mars.) — Opération auto-intra laryngée (malade s'enlevant lui-même à la pince des papillomes récidivés), par Stoker. (*Med. Soc. of London*, 18 mars.) — Traitement des papillomes du larynx par la curette, par Massei. (*Journ. of laryng.*, fév.) — Tumeur congénitale, papillome du larynx, tentatives de tubage, hémorragie, trachéotomie, mort, par L. Browne. (*Path. Soc. of London*, 5 mars.) — Myxome hyalin de la corde vocale droite, par Eeman. (*Rev. de laryng.*, 1er fév.) — Fibrome de la corde vocale gauche traité par la cautérisation galvanique, guérison, par Lacoarret. (*Rev. de laryng.*, 15 fév.)—Angiome de l'épiglotte, par Tauber. (*Journ. of laryng.*, janv.) — Angiome caverneux du larynx, extirpation, par Glasgow. (*Amer. journ. of med. sc.*, avril.) — Des tumeurs cartilagineuses du larynx, par Putelli. (*Wien. med. Jahrbuch*, VII, 1888.) — Laryngotomie pour papillome sous-glottique chez un enfant de 5 ans, par Kroenlein. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 décembre 1888.) — Paralysie des muscles aryténoïdiens postérieurs par un cancroïde, par Aufrecht. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIII, p. 292.) — Le cancer du larynx, diagnostic et traitement, par Fraenkel. (*Deuts. med. Woch.*, 3 janv. et suiv.) — L'épithelioma du larynx et son traitement, par Butlin. (*Clin. Soc. of London*, 11 janv.) — Sarcome du larynx, laryngotomie, guérison, par Hjost. (*Norsk. mag. f. Lagev.*, déc. 1888.) — Notes et rectifications de la statistique de Mackenzie sur l'extirpation totale du larynx cancéreux, par Krajewski. (*Deut. med. Woch.*, 24 janv.) — Guérison confirmée depuis 4 ans, après ablation totale d'un larynx cancéreux, remarques sur la statistique de Mackenzie, par Schede. (*Ibid.*) — Laryngotomie intercrico-thyroïdienne dans un cas de cancer encéphaloïde du larynx, par Furundarena-Labat. (*Rev. de laryng.*, 1er fév.) — Extirpation totale du larynx pour epithelioma, guérison avec voix suffisante, par Macdonald et Symonds. (*Clin. Soc. of London*, 26 avril.) — Suites d'une observation d'epithelioma du larynx pour lequel fut pratiquée la laryngectomie partielle récidive, trachéotomie, survie de 14 mois, par Butlin. (*Clin. Soc. of London*, 11 janv.) — Dix cas de thyréotomie, comparaison de la thyréotomie avec les autres opérations laryngées, par Streiter. (In-8º, 127 p., *Wurtzbourg.*)

— Un cas de tubage du larynx, par JAKINS. (*Brit. med. journ.*, 20 avril.) — Rapport sur 42 cas de tubage laryngé à l'hôpital de Willard Parker, à New-York, par PRIEST. (*New York med. Record*, p. 207, 23 fév.) — Tubage du larynx et des voies aériennes, description d'un nouvel instrument pour faciliter certaines opérations, par ANNANDALE. (*Brit. med. journ.*, 2 mars.) — Faits anatomiques en rapport avec le tubage du larynx, par LENNOX BROWNE. (*Brit. med. journ.*, 9 mars.)

Lèpre. — La lèpre à Canton, par SIMON. (*Rev. d'hyg.*, XI, 66, janv.) — Un cas de lèpre, par O'CARROLL. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 15 fév.) — Un cas de lèpre oculaire, par MEYER. (*Soc. d'opht.*, 8 janv.) — Tumeur lépreuse, par MEYER et BERGER. (*Rev. génér. d'ophtal.*, 31 janv.) — Lésions oculaires, nasales et auriculaires de la lèpre, par MELLO et LIMA. (*Revue Brazileira de ophtal.*, I, p. 49.) — De l'ostéomyélite lépreuse, par SAWTSCHENKO. (*Cent. f. Bakt.*, *V*, nº 18.)

Leucémie. — Maladie de Hodgkin avec paraplégie consécutive, par ADLER. (*Med. News*, 12 janv.)

Lichen. — Recherches sur le lichen ruber, par RONA. (*Monats. f. Dermat.*, VIII, nº 6.) — Des rapports qui existent entre le lichen planus et le lichen ruber, par ROBINSON. (*Journ. of cut. dis.*, fév.) — Lichen plan, par VIDAL. (*Ann. de Dermat.*, X, 3, p. 213.) — Lichen plan en bandelettes anastomosées par DUBREUILH. (*Ann. de la polycl. Bordeaux*, nº 1.)

Locomotion. — De la marche chez les animaux quadrupèdes, par PAGÈS. (*Acad. des sc.*, 28 janv.) — De la locomotion dans l'ataxie locomotrice, par DEMENY et QUÉNU. (*Acad. des sc.*, 7 mai.)

Lupus. — Lupus de la joue, du voile et de la voûte du palais, des amygdales, par GOODHART. (*Lancet*, 20 avril.) — Lupus tuberculeux aigu nodulaire disséminé, par BESNIER. (*Ann. de Dermat.*, nº 1.) — De la dégénérescence épithéliomateuse du lupus, par GIBRAT. (*Thèse de Paris*, 27 mars.)

Luxation.— Mécanisme des luxations du sternum, par SERVIER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 mars.) — Luxation sous-acromiale, par DOLLARD. (*Lyon méd.*, p. 310, 24 fév.) — De la luxation sous-glénoïdienne, par AUDAIN. (*Gaz. méd. Paris*, 16 fév.) — Luxation de l'épaule réduite pendant le sommeil produit par suggestion plutôt que par le chloroforme, par WILHELM ROTH. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er janv.) — Luxation de la tête humérale en arrière, par BAUM. (*Cent. f. Chir.*, 26 janv.) — De la rupture des adhérences dans les luxations anciennes de l'épaule, par ANDRÉ CASTEX. (*Rev. de chir.*, p. 839, 1888.) — Y a-t-il allongement du membre dans la luxation obturatrice, par LAUENSTEIN. (*Centr. f. Chirurg.*, 9 mars.) — Méthode de douceur dans la réduction des luxations de la hanche en arrière, par CATOIR. (*Thèse de Paris*, 17 janv.) — De la luxation dite congénitale de la hanche, par ADAMS. (*Pathol. Soc. of London*, 29 janv.) — Sur un cas de luxation coxo-fémorale. Des luxations de la hanche en haut. Leur classification. Leur traitement, par LAMARQUE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 30 mars,) — Opération de deux luxations spontanées de la hanche survenues à la suite de la paralysie infantile, par KAREWSKI. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 102, 4 fév.) — Des causes de l'irréductibilité des luxations anciennes de la hanche, par NÉLATON. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Luxation externe de la rotule chez un enfant, par PITTS. (*Med. Soc. of London*, 28 janv.) — Luxation tarso-métatarsienne, luxation complète en bas du premier métatarsien avec subluxation en haut et en dedans du premier cunéiforme, luxation en haut incomplète des 4 derniers métatarsiens, par NIMIER. (*Gaz. des hôp.*, 5 fév.)

Lymphatique. — Lymphatiques utéro-ovariens, par F. Dreyfus. (*Bull. Soc. anat.*, p. 17.) — Des lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement, par Cantin. (*Thèse de Paris*, 20 fév.) — Varices lymphatiques du derme, par Chipault. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Adénopathie cervicale et axillaire dans ses rapports avec les lésions pleuro-pulmonaires, par Rivière. (*Lyon méd.*, p. 389, 10 mars.) — Hypertrophie ganglionnaire tuberculeuse et adénite inguinale suppurée, par Segond. (*Gaz. des hôpit.*, 4 avril.) — Traitement de l'adénite tuberculeuse, par Forgue. (*Gaz. des hôp.*, 6 avril.) — Pathologie et traitement des ganglions strumeux, par Annandale. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 20 mars.) — Traitement des ganglions scrofuleux, par Treves. (*Harveian Soc. London*, 25 avril.)— Indications de l'ablation des tumeurs ganglionnaires volumineuses du cou et de l'aisselle ; technique opératoire, par Vaslin. (*Bull. Soc. médec. Angers*, p. 89, 1888.) — Un cas de lymphomes multiples. (Maladie de Hodgkin) ayant évolué avec une fièvre élevée, de l'ictère, de la néphrite et ayant amené la mort, par Hermann Brauneck. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIV, p. 297.) — Note sur deux cas de lymphangiome ganglionnaire (adénolymphocèle), par Chipault. (*France méd.*, 28 juin 1888.) — Lymphadénome, par Porter. (*Brit. med. journ.*, 9 fév.)

M

Main. — Doigt à ressort, par Carlier. (*Thèse de Paris*, 10 avril.) — Didactylie consécutive à une amputation, par Monnier. (*Soc. de médec. prat.* 28 mars.) — Ostéome libre dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un doigt, par Gallois. (*Dauphiné méd.*, mars.) — Fibro-myxome volumineux de la face palmaire de la main et du poignet, par Guermonprez. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 756.) — Etude des plaies de la face antérieure du poignet par instrument tranchant, par Lefebvre. (*Thèse de Paris*, 27 mars,)

Mal de mer. — Le mal de mer et le sens de l'espace, par Moussoir. (*Thèse de Paris*, 7 fév.) — Etude pathogénique et expérimentale sur le vertige marin, par Pampoukis. (*Arch. de neurol.*, XV, p. 393 et XVI, p. 1 et 218.)

Maladie. — Le caractère et la maladie, par Deschamps. (*Bull. mens. de l'Ac. de Clermont*, août 1888.)

Maladies professionnelles. — Note sur le mal des confiseurs (onyxis et perionyxis), par Albertin. (*Gaz. hebd. de méd.*, 15 mars.) — L'industrie du phosphore et des allumettes et la nécrose phosphorée, par Cazeneuve. (*Prov. méd.*, 26 janv.)

Malformation. — Absence congénitale des muscles pectoraux droits, par Kobler. (*Wiener klin. Woch.*, n° 35, 1888.) — Atrophie des cils, des sourcils et des ongles, d'origine congénitale, par Tilley. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 40, 12 janv.) — Doigts et orteils surnuméraires, par F. Thompson. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 136, 26 janv.) — Un cas de transposition de tous les organes, par Gannett. (*Boston med. journ.*, p. 103, 31 janv.)

Mamelle. — De quelques anomalies dans le développement et la fonction des glandes mammaires de la femme, par Engström. (*Ann. de gynéc.*, fév.) — Pathologie chirurgicale des terminaisons nerveuses de la mamelle, par Pacinotti. (*Arch. per le sc. med.*, XII, 4.) — Sécrétion lactée pendant une

grossesse nerveuse, par DEMANGE. (*Rev. méd. de l'Est*, nº 2, p. 37.) — De la galactophorite, par CATALIOTTI. (*Thèse de Paris*, 22 mars.) — Hypertrophie douloureuse des mamelles chez l'homme, par LAURENT. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 juillet 1888.) — Maladie de Paget, par HALLOPEAU. (*Ann. de Dermat.*, X, 3, p. 216.) — Traitement de l'abcès du sein par l'évidement méthodique de la glande, par BŒCKEL. (*Acad. de méd.*, 30 avril.) — Tumeur érectile de la mamelle, enfant de 17 ans, par BLAND SUTTON. (*Clin. Soc. of London*, 9 mars.) — Tumeur de la région aréolaire du sein, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôpit.*, 29 janv.) — Contribution à l'étude du traitement opératoire du carcinome mammaire, par F. FINK. (*Zeits. für Heilk.*, IX, nº 6, p. 453.) — Amputation simultanée des deux seins, par W. PAGE. (*Brit. med. journ.*, p. 936, oct. 1888.)

Massage. — Somnolence avec cyanose guérie par le massage, par MORISON. (*Practitioner*, avril.) — De l'emploi du massage en gynécologie, particulièrement dans le traitement des exsudats péri-utérins, par SEMIANIKOFF. (3e *Cong. des méd. russes, Saint-Pétersbourg.*)

Maxillaire. — Abcès de l'antre d'Highmore, par BAKER. (*Journ. of Brit. dent. Assoc.*, 15 fév.) — Diagnostic et traitement des abcès du sinus, par SCHMIDT. (*Ibid.*, 1er mars.) — De l'empyème du sinus maxillaire, par HARTMANN. (*Deut. med. Woch.*, 7 mars.) — Du traitement des suppurations du maxillaire, par MAXIMILIAN BRESGEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 68, janv.) — Même sujet, par ZIEM. (*Ibid.*, p. 235, 18 mars.) — Ouverture pathologique du sinus maxillaire chez une syphilitique, par HERMET. (*Journ. de médec. Paris*, 17 fév.) — Empyème de l'antre d'Highmore, par BARTH. (*Soc. de méd. de Berlin*, 13 fév.) — Constriction cicatricielle de la mâchoire. Mobilisation par résection de l'os. (Sarcome du maxillaire supérieur. Ablation. Guérison depuis deux ans. Rétraction de la mâchoire inférieure. Résection du maxillaire inférieur par la méthode d'Esmarch modifiée par Rizzoli), par TERRILLON. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 851.) — Rétraction des mâchoires traitée par la résection du condyle, par PAGE. (*Brit. med. journ.*, 23 mars.) — De la périostite du maxillaire inférieur, par HERZOG WEILL. (*Münch. med. Woch.*, nº 10.) — Étude sur les kystes du maxillaire, 57 cas, par v. HADERUP. (*Inaug. diss. Copenhague,* 1888.) — Ostéome sous-périosté du maxillaire inférieur consécutif à l'évolution vicieuse d'une dent de sagesse, par JALAGUIER. (*Semaine médicale*, 24 avril.) — Sur la structure des épulis, par DELARABRIE. (*Arch. gén. de méd.,* janv.) — De l'épulis, par DENIS DE FORTUNET. (*Province méd.*, 2 fév.) — Sarcome du maxillaire supérieur guéri par électrolyse, par MERMOD. (*Rev. méd. Suisse romande,* VIII, 746.) — Sarcomatose consécutive à un sarcome du maxillaire inférieur droit, par CHIARI. (*Prager med. Woch.*, nº 44, 1888.) — Epithelioma du maxillaire inférieur récidivé, par GRUGET. (*Gaz. méd. Nantes*, 9 mars.)

Médecine (Hist.) — Avicenne et la médecine arabe, par EDDE. (*Thèse de Paris*, 3 avril.)—Thomas Sydenham, sa vie et ses œuvres, par PICARD. (*Ibid.*, 28 mars.) — Guy Patin, sa vie, ses œuvres, sa thérapeutique, par LARRIEU. (*Ibid.*, 2 mai.) — L'enseignement de la chirurgie et de l'anatomie dans les Universités de langue allemande, par LEJARS. (In-8º, 60 p., *Paris.*)

Médecine légale. — Quelques faits médico-légaux, par MABILLE. (*Arch. de neurol.*, janv.) — Compendium de médecine légale et de jurisprudence médicale suivant les lois de l'Etat et les plus récents progrès de la science, par ZIINO. (3e édition, *Milan.*) — Sur le fonctionnement de la médecine légale en Turquie, par LACASSAGNE. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, mars.) — Le médecin en 1889, par BROUARDEL. (*Bull. méd.*, 3 avril.) — L'enseignement de la médecine légale en Allemagne et en Autriche-Hongrie, par PAUL

Loye. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXI, 45, janv.) — De la déformation des balles de revolver, soit dans l'arme soit sur le squelette, par Lacassagne. (*Arch. d'anthrop. crim.*, janv.) — Les empreintes dans les expertises judiciaires, par Coutagne et Florence. (*Ibid.*, janv.) — De l'expertise médico-légale, par Samuel Ward. (*New York med. Record*, p. 144, 9 fév.) — Sur la résistance des poisons végétaux à la putréfaction, par Russo-Giliberti et G. Dotto. (*Sicilia medica*, p. 53, janv.) — Expertise médico-légale dans un cas de faux en acte public, par G. Ziino. (*Il Morgagni*, janv.) — De la perte de poids que subissent les cadavres abandonnés dans l'air atmosphérique, par Dupont. (*Thèse de Paris*, 9 mai.) — Du flagrant délit en médecine légale, par Mottet. (*Soc. de méd. lég.*, 8 avril.) — Sur les perversions sexuelles, étude clinique et médico-légale, par Kriese. (*Cent. f. Nerv.*, 1er oct. 1888.) — Sur la suffocation par enfouissement, par Russo-Giliberti et Alessi. (*Arch. per le sc. med.*, XII, 4.) — Considérations médico-légales sur quelques observations d'avortement, par Gilles. (*Thèse de Paris*, 11 avril.) — Des inhumations prématurées, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 23 avril.) — Sur la simulation des troubles intellectuels, par Fuerstner. (*Arch. f. Psychiat.*, XIX, 3.) — Valeur de la docimasie gastro-intestinale, par Fritz Strassmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 111, 11 fév.)—Le tatouage sur 300 prostituées liguriennes, par de Albertis. (*Arch. di Psychiat.*, IX, 6.) — Accusation d'empoisonnement, mort par hématocèle péri-utérine due à la rupture du kyste fœtal dans le cours d'une grossesse tubaire, par E. Demange. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 1, p. 16.) — Surarbitrage du comité supérieur prussien pour les affaires médicales dans une question de paternité d'un enfant illégitime né avant terme. Rapport, par Kersandt. (*Viertelj. gericht. Med.*, p. 1, janv.) — Blessures intentionnelles suivies de mort. Absence de rapports intimes entre les mauvais traitements et l'issue fatale, (coup de bâton sur le bassin; infection purulente par ostéomyélite). Rapport médico-légal, par Schwarze. (*Ibid.*, L, supplément.) — Rapports médico-légaux sur deux cas d'exercice illégal de la médecine suivis de mort, par Kob. (1er cas : fracture compliquée de jambe; mort par méningite pyémique; — 2e cas : rétrécissement du bassin et présentation transversale du fœtus ; arrachement du bras et fracture de la mâchoire de l'enfant, mort de la mère par épuisement). (*Ibid.*, tome L.) — Surarbitrage du comité supérieur prussien pour les affaires médicales dans une question d'homicide par imprudence imputé à un médecin, par Olshausen. (Présentation de l'épaule; administration de seigle ergoté ; tractions sur le bras; forceps ; déchirure du vagin, mort par péritonite avec épanchement sanguin. (*Ibid.*, L, 48, janvier.) — Rapport sur l'état mental d'une demoiselle accusée de faux en écriture, d'outrages et de diffamations, etc., par C. Reinhard. (Hystéro épilepsie). (*Ibid.*, L., p. 63 et 221, janvier et avril.) — Cas médico-légaux de suicide (1° par coup de pioche sur le crâne et plaies du cou et de la région précordiale ; 2° par fusil), par L. Blumenstock. (*Ibid.*, L, 81, janv.) — L'importance de la médecine légale et le peu de place qu'elle tient dans l'enseignement en Allemagne, par E. Ungar. (*Ibid.*, L, p. 48, janv.) — Blessures multiples de la face; mort par choc nerveux, par Hauser. (*Ibid.*, L, p. 125, janv.) — Trois cas de tétanos mortel à la suite de plaies des doigts. Question de responsabilité vu l'omission d'un traitement désinfectant, par Hauser. (*Ibid.*, L, p. 276, avril.) — La situation des médecins légistes en face des prescriptions du code de procédure pénale allemand, par Schwartz. (*Ibid.*, L, p. 167, janv.) — Imbécillité, pédérastie passive, rapport médico-légal, par A. Cristiani. (*Riforma medica*, 8 et 9 avril.)

Médecine militaire. — Rapport médical de la campagne 1887-88 dans le Soudan français, par Laffont. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — La guerre au

Tonkin et à Formose, statistique et observations chirurgicales, par NIMIER. (*Arch. de méd. milit.*, janv.) — Hygiène des troupes aux colonies, par AMOURETTE. (*Arch. de méd. nav.*, janv.) — Etat sanitaire de l'armée autrichienne de 1878 à 1887, par LONGUET. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Contribution à l'hygiène navale. Du développement du gaz carbonique dans la cale (3 asphyxies mortelles par fermentation de vieux papiers humides), par C. SEYDEL. (*Viertelj. f. gericht Med.*, supplément du tome L, p. 150.) — De la mortalité des marins et soldats français dans les colonies, par LAGNEAU (*Bull. Acad. de méd.*, 12 fév.) — Rapport sur divers essais d'imperméabilisation des planchers dans les casernes. (*Arch. de méd. milit.*, mai.)

Médecine opér. — Précis de médecine opératoire, par FARABEUF. (3e édition, *Paris.*)

Mélanose. — Opération d'un mélanosarcome de l'aine chez une femme de 28 ans. Mort par généralisation interne, par VIRCHOW. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 119, 11 fév.)

Méninge. — De la méningite aiguë pendant la grossesse; opportunité de provoquer l'accouchement, par CHAMBRELANT. (*Ann. de gynéc.*, fév.) — Méningite cérébro-spinale suppurée avec streptocoques, staphylocoques et pneumocoques, par RENVERS. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 98, 4 fév.) — Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale, par A. MONTI. (*Riforma medica*, 9 et 11 mars.) — Douleur aiguë spasmodique du membre inférieur guérie par la division sous-méningée des racines postérieures des nerfs spinaux, mort subite par hémorragie cérébrale dix jours après l'opération, par BENNETT. (*Royal med. and chir. Soc.*, 23 avril.) — Pachyméningite hémorragique, par DERCUM. (*Philad. neurol. Soc.*, 29 janv.) — Hémorragie sus dure-mérienne, par DERCUM. (*Philad. neurol. Soc.*, 28 janv.) — Note sur un cas de pachyméningite consécutive au retrait d'un hémisphère cérébral, par PLAXTON. (*Journ. of ment. sc.*, janv.) — Tuberculose méningée, par SAINSBURY. (*Pathol. Soc. of London*, 19 fév.) — Des manifestations ophtalmologiques de la méningite tuberculeuse, par DUCAMP. (In-4°, *Montpellier.*) — Méningo-myélite tuberculeuse, par RENDU. (*Union médicale*, 24 février.) — Fungus de la dure-mère, par BOGDAN et NEDELCO. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, août 1888.)

Membre. — Arrachement du bras, par CHAINTRE. (*Lyon méd.*, p. 64, 13 janv.) — Du cancer primitif des extrémités, par WOLKMANN. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 334, 335.) — Sur l'existence d'une 3e paire de membres chez l'homme et les vertébrés, par FAVAREZ. (*Loire médic.*, 15 mars.)

Menstruation. — Suppression menstruelle artificielle, par REEVES JACKSON. (*Med. News*, 6 avril.) — Note sur la menstruation, par OLIVER. (*Edinb. med. journ.*, mai.) — Les troubles de la menstruation, par CURRIER. (*Med. News*, 23 fév.) — Aménorrée et son traitement, par DE WEES. (*Philad. med. and surg. Report.*, 30 juin.) — La ménopause, ses rapports avec les maladies, par JAMES HUNTER. (*New York med. Record.*, p. 57, 19 janv.) — De la menstruation fétide, par DE WEES. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 230, 16 fév.) — Menstruation suppléée par une gastrorragie entraînant la mort, par HOWLAND HOLMES. (*Boston med. journ.* p. 108, 31 janv.) — Plaidoyer en faveur de l'emploi des sels de manganèse dans certaines formes de dysménorrhée, par O'DONAVAN. (*Med. News*, 6 avril.)

Mercure. — Du tremblement mercuriel et de son traitement par les agents esthésiogènes, par MUGNEROT. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — Note sur le traitement mercuriel, par MAURICE LETULLE. (*France médicale*, 8 nov. 1888.)

— Les indications thérapeutiques des mercuriaux comme diurétiques, par Eloy. (*Gaz. hebd. de méd.*, 15 fév.) — Emploi du calomel comme diurétique, par Sneyers. (*Bull. Soc. mçd. Anvers*, mars.) — Indications et mode d'emploi du calomel, par Zachariine. (*Bull. méd.*, 17 fév.) — Etude sur le salicylate de mercure, par Muller. (*Monatst. f. prakt. Dermat.*, XIII, n° 7.) — Sur l'oleum cinereum comparé aux préparations de calomel, par Trost. (*Wiener med. Woch.*, n° 41, 1888.)

Métallothérapie. — Nouvelles observations sur la métalloscopie et la métallothérapie, par Dubay. (*Wiener med. Woch.*, n° 39, 1888.)

Moelle. — Recherches sur la structure des cordons supérieurs de la moelle épinière de l'homme, par Popoff. (*Arch. de neurol.* mars.) — Centres de température, par Ott. (*Brain*, XLIV.) — Procédé de destruction complète de la moelle chez les mammifères. Applications à l'étude analytique des actions vaso-motrices, par E. Gley. (*Soc. biologie,* 16 févricr.) — Myélite expérimentale par Herser. (*New York neurol. Soc.*, 5 fév.) — Des ecchymoses cutanées consécutives aux maladies de la moelle; un cas de purpura consécutif à la paralysie infantile, par Voisine. (*Thèse de Paris*, 30 janv.) — Priapisme prolongé, résultat d'une myélite localisée, par Norwood. (*Intern. journ. of surg.*, janv.) — Polymyélite antérieure aiguë, par Rieder. (*Münch. med. Woch.*, 8 janv.)—Du diagnostic de la syringomyélie, par Kahler. (*Prag. med. Woch.*, n° 6-8, 1888.) — Communication d'un cas de syringomyélie, par Schmitt. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 2, p. 46.) — De la syringomyélie, par Debove. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 fév.) — De la syringomyélie, par Lemoine. (*Gaz. méd. Paris*, 23 mars.) — Sur un cas de syringomyélie (gliome central de la moelle épinière), par Déjerine. (*Gaz. méd. des hôpit.*, 22 fév.)—Un cas d'ophtalmoplégie externe et interne bilatérale associée au tabes, avec paralysie bulbaire et perte de l'ouïe et de la vue, par Howard. (*Amer. journ. of the med. sc.*, p. 238, mars.) — Sur un cas de paralysie bulbaire aiguë, par Desplats. (*Journ. sc. méd., Lille,* 8 fév.)— Amyotrophie spinale à forme scapulo-humérale comme conséquence d'une paralysie infantile contractée 35 ans auparavant, par Charcot. (*Bull. méd.*, 8 mai.) — Un cas de tabes ayant débuté dans l'enfance, par Gombault et Marie. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Ataxie d'une durée de 5 ans, par Handford. (*Brain*, n° 44, janv.) — Etude clinique et anatomo-pathologique sur l'atrophie musculaire des ataxiques, par Déjerine. (*Rev. de médec.*, fév.)— L'œil tabétique, par Trousseau. (*Union médicale*, 9 mars.)—Paraplégie ataxique, par Dana. (*Brain*, n° 44, janv.) — Tabes à marche rapide traité au début, efficacité du traitement antisyphilitique à haute dose, guérison persistante et complète, par Germeix. (*Arch. de méd. milit.*, janv.)— Arthropathie tabétique du pied, par Chipault et Souques. (*Gaz. des hôp.*, 9 mars.) — Nature de l'arthropathie tabétique, par Rotter. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 déc. 1888.) — Arthropathie tabétique, par Bullen. (*Brain*, n° 44, janvier.) — Du mal perforant généralisé chez les ataxiques, par Bonnefoit. (*Thèse de Lyon*, n° 459.) — Gangrène cutanée du gros orteil chez un ataxique; sur le rôle de la névrite périphérique dans l'ataxie, par Joffroy et Achard. (*Arch. de méd. expér.*, I, n° 2.) — La suspension dans le traitement de l'ataxie, par Saundby. (*Brit. med. journ.*, 2 mars.) — Sur deux cas de tabes dorsalis traités par la pendaison, par Picot. (*Gaz. hebd. de méd., Bordeaux*, 24 fév.) — Sur un cas de lésion traumatique de la moelle épinière, par Gombault et Vallich. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Affection traumatique de la moelle, sclérose postéro-latérale, par Maynard. (*Boston med. journ.*, 4 avril.) — Commotion spinale, par Rieder. (*Münch. med. Woch.*, n° 6.) — Kyste dermoïde de la moelle lombo-sacrée simulant un spina bifida, par Wilde. (*Pathol. Soc. of London*, 19 fév.)

Môle. — Note sur un cas de môle hydatiforme, par Pennel. (*Rev. génér. de clin.*, 28 mars.)

Molluscum. — Molluscum fibreux, par Payne. (*Clin. Soc. of London*, 8 mars.) — Molluscum contagieux, par Stelwagon. (*Journ. of cutan. dis.*, fév.)

Monstre. — Monstruosité fœtale sans trace de corps, par Boldt. (*New York obstet. Soc.*, 18 déc. 1888.) — De la méthode expérimentale appliquée à la recherche de l'origine des espèces, par Dareste. (*Gaz. des hôp.*, 29 janv.) — Monstre amèle, par Richard Cæsar. (*Brit. med. journ.,* 9 mars.)—Dissection d'un monstre, par Stuart Nairne. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Origine des monstruosités doubles, par Windle. (*Journ. of anat.*, avril.) — Jumeau mylacéphale acardiaque, par Trestrail. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 2.) — Note sur les monstres des musées des hôpitaux de Londres, par Doran. (*Ibid.*) — Monstre acéphale acardiaque, par Griffith. (*Trans. obst. Soc. London,* XXXI, p. 2.)— Fœtus anencéphale, par Skene, (*Ibid.*, p. 52.)

Mort. — De la résurrection après la mort apparente, par Lenf. (*Med. News*, 20 janv.) — Note pour servir à l'histoire de l'état mental des mourants, par Ch. Féré. (*Soc. Biologie*, 16 fév.)

Morve. — Sur la vaccination contre la morve, par Straus. (*Acad. des Sc.*, 11 mars.) — Moyen de diagnostic rapide de la morve, par Straus. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.)

Muguet. — Du traitement du muguet par la saccharine, par Fourrier. (*Rev. gén. de clin.*, 14 mars.)

Muscle. — Le muscle sternal et son innervation, par Shepherd. (*Journ. of anat.*, janv.) — Note à propos du quadriceps fémoral, par Adenot. (*Province médicale*, 9 fév.) — Recherches physiologiques sur la construction simultanée des muscles antagonistes, avec quelques applications à la pathologie, par Beaunis. (*Arch. de Physiol.*, nos 1-2, janv.-avril.) — Relations entre la forme de l'excitation électrique et la réaction névro-musculaire, par d'Arsonval. (*Arch. de Phys.*, nos 1-2, janv.-avril.) — Recherches expérimentales sur la régénération des muscles, par Zaborowski. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXV, 5 et 6.) — Des anomalies des muscles coexistantes et corélatives des anomalies des nerfs, par Debierre. (*C. R. Soc. de biologie*, 28 janvier 1888.) — Quelques anomalies musculaires, par Hédon et Labougle. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 20 janv.) — Disposition anormale du muscle psoas, par Clarkson et Rainy. (*Journ. of anat.*, avril.) — Oscillations horizontales de la tête provoquées à volonté, par Ewald. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 oct. 1888.) — Mouvements musculaires chez l'homme, leur évolution chez l'enfant, par Warner. (*Journ. of ment. sc.*, avril.)—Des myoclonies rythmiques, par Vanlair. (*Rev. de méd.*, janv.) — Observation de dystrophie musculaire héréditaire, par Putnam. (*Boston med. journ.*, 28 mars.) — Pseudo-hypertrophie musculaire, par Rieder. (*Münch. med. Woch.*, n° 9.) — Atrophie musculaire avec ophtalmoplégie externe, par Hadden. (*Med. Soc. of London*, 28 janv.) — Deux nouveaux cas de myopathie progressive primitive chez le père et la fille, par Troisier et Guinon. (*Rev. de méd.*, janv.) — De l'atrophie musculaire neurotique progressive, par Hoffmann. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 3.) — Cas remarquable d'atrophie musculaire progressive, par Carter Gray. (*New York Acad. of med.*, 8 fév.) — Des amyotrophies dans les maladies générales chroniques et leur relation avec les lésions des nerfs périphériques, par Klippel. (*Thèse de Paris*, 28 mars.) — Une observation d'atrophie musculaire myélopathique à type scapulo-huméral, par Rémond. (*Progrès médical*, 12 janv.) — Un

cas de hernie musculaire traumatique de la cuisse; suture des bords de l'aponévrose; guérison, par Mazzuchelli. (*Giornale della R. Accad. de med. di Torino*, janv.) — De la ténotomie à ciel ouvert comme traitement du torticolis musculaire chronique, par Ducurtil. (*Thèse de Paris*, 20 fév.)

Mycosis. — Mycosis fongoïde bénin, par Augagneur. (*Lyon médical*, p. 600, 21 avril.) — Un cas de mycosis fongoïde, par Dubreuilh. (*Ann. de la polyclin. Bordeaux*, n° 1.)

Myopie. — La myopie dans ses rapports avec l'astigmatisme, par Chauvel. (*Soc. d'ophthalm.*, 5 fév.)

Myxœdème. — De la cachexie pachydermique, myxœdème, par Lannois. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Le myxœdème, par Vallas. (*Province médicale,* 9 fév.) — Myxœdème, par Cocking. (*Sheffield med. chir. Soc.*, 14 fév.) — Sur un cas de myxœdème, par Tissier. (*Bull. méd. des Vosges*, janv.)

N

Nerf. — Recherches sur les nerfs vaso-moteurs de la tête, par Morat. (*Arch. de Phys.*, n°s 1-2, janvier-avril.) — Terminaisons des nerfs dans les tendons, par Pansini. (*Progresso med.*, n° 2, 15 janvier, et *Arch. ital. de biol.*, XI, 2.) — De quelques théories récentes sur la structure des éléments nerveux, par Lerebours. (*Encéphale*, janv.) — Note sur quelques variétés dans la distribution des nerfs de la paume de la main, par Hedon. (*Journ. de méd., Bordeaux,* 3 mars.) — Nerf phrénique accessoire, par Larkin. (*Journ. of. Anat.*, janv.) — Distribution anormale des nerfs du carré fémoral, par Wilson. (*Journ. of. Anat.*, avril.) — Anomalie du nerf musculo-cutané et du médian, par Potherat. (*Bull. Soc. anat.*, p. 49.) — De l'énervation partielle des muscles, modifications qu'elle apporte dans les caractères de la contraction totale; corollaires relatifs au mode de distribution des nerfs musculaires et à l'étendue du champ d'action des plaques motrices terminales, par Chauveau. (*Arch. de phys.*, n°s 1-2, janv.-avril.) — Effets respiratoires et troubles mortels apportés par les excitations centrifuges du nerf vague, par Laulanié. (*Soc. biologie,* 9 fév.) — Troubles trophiques secondaires et symétriques, par Chouppe. (*Soc. biologie*, 9 fév.) — Section intra-cranienne du trijumeau; lésions trophiques consécutives, par Laborde. (*Soc. biologie*, 16 fév.) — Note complémentaire sur l'existence dans le bulbe rachidien du noyau d'origine des fibres motrices ou cardiaques du nerf pneumogastrique, par Laborde. (*Soc. biologie*, 5 mai 1888.) — Du syndrome clinique et des lésions anatomo-pathologiques déterminées chez les animaux par la névrite des nerfs vagues, par Arthaud et Butte. (*C. R. Soc. de biologie*, 25 février 1888.) — Sur un cas de paralysie du nerf cubital survenue 34 ans après la consolidation d'une fracture du coude, par P. Blocq. (*France méd.*, 27 nov. 1888.) — Névrite périphérique d'origine vasculaire, par Joffroy et Achard. (*Arch. de méd. expér.*, I, n° 2.) — Névrite aiguë infectieuse entraînant la mort, par J. Putnam. (*Boston med. journ.*, 14 février, p. 159.) — Deux cas de névrite périphérique, par Waldo. (*Brit. med. journ.*, 16 mars.) — Névrite périphérique traumatique, par Fortin. (*Thèse de Paris*, 11 avril.) — Névrite du nerf médian, par Ruxton. (*Brain*, n° 44, janvier.) — Névrite interstitielle des nerfs de la jambe et du sciatique; troubles trophiques considérables; amputation, guérison, par Princeteau. (*Journ. de méd., Bordeaux,* 6 janv.)

— Nouvelles recherches sur le tabes periphérique, par Déjerine et Sollier. (*Arch. de méd. expér.*, I, n° 2.) — Plaie du nerf médian, suivie d'épilepsie, par Rose. (*Med. Soc. of London*, 25 février.) — La pathologie des spasmes toniques et cloniques, par Hammond. (*N. York Acad. of med.*, 8 février.) — Physiologie pathologique de la céphalalgie, par Lemoine. (*Gaz. méd. Paris,* 2 février.) — Deux cas de coccygodynie chez l'homme, par A. Peyer. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 657, 1888.) — Sciatique invétérée guérie par les injections profondes d'acide osmique. (*Philad. neurol. Soc.*, 25 février.) — Note sur le traitement de la sciatique par le massage et les frictions avec une tige de verre, par Madison, Taylor. (*Ibid.*) — Antipyrine contre la sciatique, par Covarrubias. (*Rev. méd. de Chili*, déc. 1888.) — Sur le traitement de la sciatique par la congélation de la peau, par G. Alonzo. (*Riforma med.*, 4 mars.) — Érythromélalgie chez une prostituée, par Lombroso et Ottolenghi. (*Arch. di psichiatria*, IX, 6.) — Tic douloureux de la face ; résection du nerf sous-orbitaire, par Troquart. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 30 mars.) — Névromes multiples chez un jeune garçon avec épanchement pleurétique, par Schlange. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 122, 11 février.) — Sur la présence de centres réflexes vaso-moteurs dans les ganglions du système nerveux sympathique, par W. Roschansky. (*Centralbl. f. d. med. W.*, n° 10.) — Sur la dynamogénie et l'inhibition, par C. Henry. (*Acad. des Sc.*, 7 janvier.) — Quelques mots sur la découverte de l'inhibition, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.,* n°s 1-2, janv.-avril.) — Champ d'action de l'inhibition en physiologie, en pathogénie et en thérapeutique, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.,* n°s 1-2, janv.-avril.) — Anatomie pathologique du système nerveux, par Déjerine. (*Semaine méd.,* 8 mai.) — Essai sur les maladies des centres nerveux, leurs causes et leur traitement, irritation oculo-neurale, par Stevens. (*Mém. Acad. de méd. de Belgique*, VIII, 5.)

Névrose. — Les névroses traumatiques, par Herm. Oppenhein. (*Berlin.*) — Accidents nerveux consécutifs aux collisions de chemins de fer, par Vibert et G. de la Tourette. (*Soc. de méd. lég.*, 11 mars.) — Fait de névrose traumatique chez un employé de chemin de fer, par Moritz Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 90, 4 février.) — Des migraines, par Berbez. (*Gaz. hebd. de méd.*, 11 janvier.) — Des migraines chroniques d'origine fonctionnelle, étude d'après 200 cas, par Dana. (*Med. news*, 16 mars.) — Un cas d'impotence fonctionnelle chez un flûtiste, par Ch. Féré. (*Soc. biologie*, 9 février.) — De la neurasthénie, par Crego. (*Buffalo med. journ.*, janvier.) — Résumé des principaux travaux russes concernant la neurologie, par Raymond. (*Arch. de neurol.*, mars.) — Faisceaux neuro-musculaires, par Babinsky. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.)

Nez. — Anatomie des fosses nasales, par Allen. (*N. York med. journ.*, 2 fév.) — Recherches acoustiques sur voyelles nasales, par Lœwenberg. (*Bull. méd.*, 17 fév.) — Maladies du nez et du pharynx nasal, par Litton Forbes. (In-8°, *Londres.*) Rhino-tubo-pharyngoscopie directe antérieure, par Cozzolino. (*Arch. di laringol.* IX, 1.) — Rhinoscopie postérieure, méthode pour fixer le crochet palatin, par Creswell Baber. (*Brit. med. journ.*, 12 janv.) — De la rhinoscopie postérieure, par Dionisio. (*Monat. f. Ohrenh.*, XXIII, 2.) — Malformation du nez, par Wolff. (*Soc. de méd. de Berlin*, 10 janvier. — Des épistaxis, par Weil. (*Med. Corr. Bl. d. Würtemb.* n° 27, 1888.) — Traitement des épistaxis, par Setterblad. (*Svenska läkaresällsk. forhandl.*, 19 juin 1888.) — Sur un cas de catarrhe purulent des sinus frontaux consécutif à l'ablation de polypes, par Labit. (*Ann. de la polyclin. de Bordeaux*, n° 1.) — Note sur le traitement des inflammations du sinus frontal, par Seiss. (*Med. News*, 5 janvier.) — Céphalée d'origine nasale, par

Lavrand. (*Journ. de méd. Lille*, 22 février.) — Troubles oculaires réflexes d'origine nasale, par Trousseau. (*Soc. d'ophtalm.*, 2 avril.) — Du vertige nasal, par Brügelmann. (*Therap. Monatsh.*, n° 2.) — Coryza nerveux et salivation, leurs rapports étiologiques avec les affections des organes sexuels, par Peyler. (*München. med. Woch.*, n° 3.) — Des névroses réflexes d'origine naso-pharyngée, par Netchaieff. (*Med. Obozrenie*, n° 9, 1888.) — Traitement du coryza aigu, par Potter. (*Buffalo med. journ.*, janvier.) — De la rhinite membraneuse, par Potter. (*Journ. of laryng.*, mars.) — Traitement de la sclérose intra-nasale, par Seiss. (*Americ. journ. of med. sc.*, février.) — Du traitement de l'ozène vrai, par Martin. (*Thèse de Paris*, 11 avril.) — Quelques résultats du traitement de la rhinite atrophique par le courant galvanique, par Hartman. (*N. York med. journ.*, 16 mars.) — Traitement chirurgical du catarrhe nasal, par Thrasher. (*Atlanta med. journ.*, nov. 1888.) — Ethmoïdite, tentative opératoire, par Knight. (*N. York acad. of med.*, 26 mars.) — Sur un cas de tuberculose naso-pharyngienne, par Luc. (*Arch. de laryngol.*, II, n° 1.) — De la tuberculose de la muqueuse nasale, par Zuneshaburo Kikuzi. (*Bruns Mitteilungen aus der chrirg. Klinik zu Tübingen*, III.) — Tuberculose nasale, par Tenneson. (*Ann. de dermat.*, X, 3, p. 214.) — De l'érysipèle des fosses nasales, par Schiffers. (*Rev. de laryngol.*, 1er mars.) — Chirurgie nasale antiseptique, par Clarence Riu. (*N. York med. journ.*, 2 mars.) — Chirurgie des tumeurs gommeuses des fosses nasales, par Hobbs. (*New. Orleans med. journ.*, nov. 1888.) — Un cas d'obstruction nasale, guérison, par A. Ricci. (*Riforma med.*, 2-4 février.) — Progrès dans le traitement des obstructions nasales, par Scanes Spicer. (*Harveian Soc.* 31 janvier.) — Traitement des déviations de la cloison nasale, nouvel appareil redresseur, par Garrigou Désarènes. (*Journ. de méd. Paris*, 3 février.) — L'importance de l'obstruction nasale, par Roughton. (*Practitioner*, mars.) — Traitement du catarrhe post nasal par l'ablation des obstructions nasales, analyse de 110 cas, par Reynolds et Lorett. (*Boston, med. journ.*, 28 février.) — Occlusion osseuse complète des fosses nasales antérieures par hyperostose des os de la face, par Hope. (*N. York acad. of med.*, 26 mars.) — Des déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux, par Rosenthal. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Un cas de rhinosclérome, par Bojew. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, 3.) — Quatre cas de rhinosclérome, par Keegan. (*Indian med. Gaz.*, n° 1.) — Extirpation de tumeurs naso-pharyngées, par Annandale. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 16 janvier.) — De la résection temporaire du maxillaire supérieur, comme opération préliminaire à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, par Servel. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — Un cas de fibrome papillaire mou du cornet inférieur, avec otite moyenne hyperplastique, par Gomperz. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, 2.) — Myxomes du nez, par Casselberry. (*Journ. of. Amer. med. Assoc.*, 16 mars.) — Tumeur maligne du nez, par Lang. (*Soc. des méd. de Vienne*, 15 février.) — Observations de rhinolithe, par Falkiner. (*Royal acad. of med. in Ireland*, 22 mars.) — Rhinolithe, par Mac Weeney. (*Royal acad. of med. in Ireland*, 11 janvier.) — Un cas d'oxyures dans le nez, par A. Hartmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janvier.) — Lavages du nez, du pharynx nasal et du sinus maxillaire à l'aide d'un nouvel instrument (poire de verre de 70 grammes de capacité terminée par un tube à angle droit de 4 millimètres de diamètre, par Jelenffy. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 janvier et 18 mars.)— Réponse aux critiques de Jelenffy, par Broich. (*Idem*, 28 janvier.) — De l'acide lactique dans le traitement des affections nasales, par Astier. (*Rev. gén. de clin.*, 7 février.) — Efficacité comparée des anciennes et des nouvelles méthodes de traitement des affections du nez, par Riu. (*Med. News*, 6 avril.) — Inhalateur nasal, par B. Robinson. (*N. York med. Record.*, 6 avril.) —

L'irrigation naso-pharyngienne, par RAUGÉ. (*Broch. Nice.*) — Technique de la rhinoplastie, par CZERWINSKI. (*Cent. f. Chir.*, 23 février.)

Nutrition. — Nutrition hydrocarbonée et formation de glycogène chez la levure de bière, par E. LAURENT. (*Ann. Institut Pasteur*, 25 mars.)

O

Obésité. — Effets de l'obésité sur les fonctions génitales et l'accouchement, par FOURNEL. (*Gaz. des hôp.*, 16 février.) — De l'influence de l'amaigrissement sur la stérilité, par PHILBERT. (*Rev. gén. de clin.*, 4 avril.)

Occlusion intestinale. — Diagnostic clinique de l'occlusion intestinale par étranglement, par WAHL. (*Cent. f. Chir.*, 2 mars.) — Occlusion intestinale par volvulus du duodénum et corps étrangers du cœcum (250 noyaux de cerises et 4 de prunes); rétrécissement ulcéreux et destruction de l'appendice vermiforme. Mort par péritonite suppurée, fille de 22 ans, par SCHWALBE, SCHWERIN, et FUERBRINGER. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 97, 4 février.) — Occlusion intestinale; cancer de l'utérus, par MUSELIER. (*Gaz. méd. Paris,* 9 février.) — Du moment d'intervention dans l'occlusion intestinale aiguë, par RICHARDSON. (*Med. Soc. of London*, 18 février.) — Un cas d'occlusion intestinale à la suite de tuberculose des ganglions mésentériques, par PAULI. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXIX, 1 Heft.) — De la laparotomie dans les sténoses intestinales, par OBALINSKI. (*Przeglad lekarski*, nº 39, 1888.) — Occlusion intestinale aiguë chez un enfant de 3 ans, guérison par laparotomie, par ANNANDALE. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 6 février.) — Laparotomie pour attaques répétées d'obstruction intestinale par brides péritonéales; guérison, par J. PERRY. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 9 mars, p. 337.) — Quatre cas d'étranglement interne traités, 2 par laparotomie (1 mort) et 2 par le régule de mercure (1 cas d'hydrargyrisme consécutif), par GELPKE. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 janvier.) — Laparotomie pour occlusion intestinale aiguë, par MAYO ROBSON. (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 1er mars.) — Étranglement interne consécutif à une péritonite traumatique; laparotomie, guérison, par GRASSO. (*Sicilia media*, fév. p. 110.) — Considérations sur le traitement de l'occlusion intestinale, suivies d'une observation d'occlusion traitée par l'anus contre nature, par CHAPUT. (*France méd.*, 20 déc. 1888.)

Œdème. — Observation d'œdème angionévrotique, par SMITH. (*Med. news*, 23 mars.) — De l'œdème inflammatoire, par ZIMMERMANN. (*Münch. med. Woch.*, nº 9.)

Œil. — Des canaux veineux et lymphatiques du globe de l'œil, par DEBIERRE. (*Bull. méd. du Nord,* janvier.) — De l'anastomose des vaisseaux ciliaires postérieurs avec ceux du nerf optique et de la rétine, par RUMSCHEWITSCH. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, février.) — Sur la disposition et le fonctionnement normal et pathologique d'un véritable appareil glandulaire de l'œil des mammifères (épithélium des procès ciliaires et organes annexes), par NICATI. (*Acad. des sc.*, 23 avril.) — Des épithéliums sécréteurs des humeurs de l'œil, par BOUCHERON. (*Acad. des sc.*, 7 mai.) — D'un nouveau procédé d'examen ophtalmoscopique, par BELLARMINOW, SCHWEIGGER, HIRSCHBERG. (*Berlin. klin. Woch.*, 3, 10, 17 et 24 déc. 1888.) — Action des inhalations du chlorure d'éthylène pur sur l'œil, par DUBOIS.

(*Acad. des sc.*, 28 janvier.) — Sur la photographie de l'œil à l'éclair au magnésium, par Du Bois Reymond. (*Arch. f. Anat. u. Phys. phys. Abth.*, p. 394, 1888.) — Quelques aperçus des maladies oculaires que l'on rencontre aux Indes hollandaises orientales, par Deeren. (*Rec. d'ophtalm.*, II, n° 12.) — Statistique de la clinique ophtalmologique de la faculté de Lille 1887-88, par de Lapersonne. (*Bull. méd. du Nord*, février.) — Appareil pour le diagnostic de la réfraction, par Swan Burnett. (*Americ. ophth. Soc.*, 19 sept. 1888.) — Quelques perfectionnements de l'ophtalmomètre Leroy et Dubois, par Leroy. (*Rev. gén. d'opht.*, n° 3, 31 mars.) — L'œil brightique, par Trousseau. (*Bull. méd.*, 14 avril.) — Sur l'hydrophtalmie non congénitale, par Falchi. (*Arch. per le sc. med.*, XII, 4.) — D'une forme particulière de sclérite; sclérite boutonneuse et de son traitement, par Darier. (*Arch. d'ophtalm.*, janvier.) — Un cas de microphtalmie avec membrane pupillaire persistante, coloboma du nerf optique et de la macula, par Michaelsen. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, avril.) — Contribution à l'étude de la pathogénie de la microphtalmie, par Hess. (*Arch. f. Ophth.*, XXXIV, 3.) — Hémorragies oculaires survenant chez de jeunes sujets, par Hutchinson. (*London opht. hosp. Rep.*, XII, 3.) — Exophtalmie pulsatile due à la rupture du sinus caverneux, par Buller. (*Amer. journ. of opht.*, V, n° 11.) — Altérations oculaires dans l'hémiatrophie faciale progressive, par Kalt. (*Soc. biologie*, 23 février.) — Pathogénie et formes cliniques de l'ophtalmie sympathique, par Louvet. (*Thèse de Paris*, 25 février.) — De l'ophtalmie sympathique, par Gayet. (*Province méd.*, 26 janv.) — Paralysie oculaire, par Thompson. (*Brit. med. journ.*, 9 mars.) — Pronostic de l'atrophie de la papille, par Valude. (*Soc. d'ophtalm.*, 12 mars.) — De la suspension dans les atrophies des nerfs optiques, par Darier. (*Soc. d'ophtalm.*, 12 mars.) — Notes sur la névrite rétro-bulbaire; état du cristallin dans cette affection, par Berry. (*London ophth. hosp. Rep.*, XII, 3.) — De la cécité par la neige, par Berlin. (*Nordiskt med. Arkiv*, XX, 3.) — Recherches sur la contusion rétro-oculaire, par Beigneux. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — Des plaies pénétrantes de l'œil, par Buller. (*Montreal med. journ.*, oct. 1888.) — Cécité causée par l'acide sulfurique, par G. Martin. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 30 sept. 1888.) — Des inflammations traumatiques de l'œil, par de Wecker. (*Soc. d'ophtalm.*, 5 fév.) — Des blessures de l'œil par corps étrangers, par Weidmann. (*Inaug. Diss. Zurich*, 1888.) — Un cas d'ablation d'un fragment d'acier de l'œil avec l'électro-aimant, par Trompetter. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, mars.) — Extraction des morceaux d'acier de l'intérieur de l'œil à l'aide de l'aimant, par Galezowski. (*Soc. d'ophtalm.*, 8 janv.) — Anévrisme artériel pressant sur la commissure optique, amenant la distension de la gaine optique, l'œdème de la rétine, par Hutchinson. (*Opht. Soc. of unit. Kingd.*, 14 mars.) — De l'uvéite dyscrasique, par F. de Lapersonne. (*Bull. méd. du Nord*, n° 2, p. 52.) — Gomme syphilitique du corps ciliaire, par Ayres. (*Americ. journ. of ophth.*, V, n° 8, p. 213.) — Etude sur les tumeurs des yeux, par Barrenchea. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, avril.) — Communications ophtalmologiques : Extirpation totale d'un myxosarcome du nerf optique avec conservation du bulbe. Angiome caverneux de l'orbite. Néoformation du corps ciliaire, simulant une tumeur, par Schiess-Gemuseus. (*Arch. f. Ophthalm.*, XXXIV, 3.) — De la mélanose du globe oculaire, par Vanhoutte. (*Thèse de Paris*, 4 avril.) — De la valeur et des méthodes de lavage des chambres oculaires, par Wicherkiewicz. (*Rev. gén. d'ophtalm.*, n° 3, 31 mars.) — Emploi de l'antipyrine dans l'énucléation du globe oculaire, par Chibret. (*Rec. d'opht.*, III, n° 1.) — De la colchicine en thérapeutique oculaire, par Darier. (*Soc. d'ophtalm.*, 5 février.) — Des naphtols, et plus particulièrement du naphtol A, dans le traitement de quelques affections oculaires, par Dupont. (*Thèse de Paris*, 7 fév.) — Emploi des

différents alcaloïdes dans les maladies des yeux, par Galezowski. (*Soc. biologie,* 2 mars.)

Œsophage. — De l'ulcère simple de l'œsophage, par Lautré. (*Gaz. des hôp. de Toulouse*, 23 fév.) — Des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et de leur traitement, par Bourdon. (*Thèse de Bordeaux*, 13 février.) — Rétrécissement fibreux de l'œsophage traité par l'électrolyse linéaire; guérison, par Fort. (*Gaz. des hôp.*, 19 mars.) — L'épithélioma de l'œsophage, par Lancereaux. (*Union médicale*, 12 mars.) — Epithélioma ulcéré de l'œsophage, par Hanot. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Cancer de l'œsophage englobant le nerf récurrent droit, par Burton. (*Cambridge med. Soc.*, 1er mars.) — Valeur de la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage, par Vinant. (*Thèse de Paris*, 10 avril.) — Un cas d'œsophagotomie, dentier de vulcanite, par Pye. (*Brit. med. journ.,* 9 mars.)

Olfaction. — Le trajet central des nerfs olfactifs, leurs maladies, par Dana. (*N. York Acad. of med.*, 26 mars.)

Ongle. — La sécrétion de la corne dans le tissu dermique sous-ongulé, sous l'influence d'une irritation traumatique, par Mégnin. (*Soc. biologie*, 29 décembre 1888.) — Atrophie des ongles, par Foxwell. (*Midland med. soc.*, 23 janv.) — Pathogénie nouvelle de l'ongle incarné, étiologie, par Waill. (*Thèse de Lyon,* n° 455.) — Choix d'un traitement de l'ongle incarné, par Benoit. (*Thèse de Paris,* 28 février.) — Epithélioma sous-unguéal, par Toupet. (*Bull. soc. anat.*, p. 30.)

Orbite. — Deux cas de cellulite orbitaire avec nécrose de la face horizontale du frontal, abcès cérébral, par Collins et Walker. (*London opht. hosp. Rep.,* XII, 3.) — Le fibrome dans l'orbite, par Ussel. (*Thèse de Bordeaux,* 6 février.) — Pathologie et traitement des kystes dermoïdes de l'orbite, par Krönlein. (*Mittheil. aus d. chir. Klin. zu Tübingen*, etc., IV, 1.) — Sarcome de l'orbite, par Segond. (*Gaz. des hôp.*, 17 janv.) — Fracture de l'orbite par coup de parapluie; pénétration dans le cerveau; mort par méningoencéphalite suppurée 29 heures après l'accident, par Bouton fils. (*Annales d'hyg. publ.*, XXI, 77, janvier.)

Oreillon. — Deux cas d'orchite ourlienne tardive, par Grivet. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — De l'incubation et de la contagion des oreillons, par Douchez. (*Rev. gén. de clin.*, 14 mars.) — Surdité unilatérale incomplète consécutive aux oreillons, par Moure. (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, n° 1.) — Parotidite ourlienne : orchite successive des deux testicules, par Maubrac. (*Gaz. méd. Paris*, 19 janv.)

Oreille. — De l'existence d'un tissu érectile dans la muqueuse de l'oreille moyenne, par Perron. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 27 mai 1888.) — Recherches sur l'audition, par Jacobson. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVIII, 1 et 2.) — Limites de l'audition, par Kerr Love. (*Journ. of anat.*, janvier.) — L'audition chez les marins, par Cane. (*Lancet*, 13 avril.) — Un cas d'hémorragie périodique auriculaire sans perforation du tympan, par Eitelberg. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 3, 1888.) — Sur un cas d'hémorragie périodique par l'oreille, avec intégrité de la membrane du tympan, chez une hystérique, par Gradenigo. (*Giorn. d. R.-Accad. di medic. di Torino*, n° 2.) — D'une névrose non décrite de l'appareil auditif étroitement liée au coryza sympathique, par N. Mackenzie. (*Americ. journ. of med. sc.*, février.) — De l'influence de l'air de la mer sur les maladies de l'oreille, par Moure. (*Rev. de laryng.*, 15 mars.) — Les bains de mer et la surdité, par Gellé. (*Tribune méd.*, 21 mars.) — Des effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu, par

Chauvel. (*Soc. de chir.*, 24 avril.) — De la simulation des maladies d'oreilles, par Derblich. (*Militärarzt,* 8 mars.) — De l'otite scarlatineuse, par May. (*Americ. journ. of obstet.*, avril.) — Anatomie pathologique des lésions de l'oreille, par Politzer. (*Soc. des méd. de Vienne,* 15 février.) — De l'emploi de quelques nouveaux procédés dans les maladies de l'oreille, par Kretschmann. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVIII, 1 et 2.) — Caractère pathogène des bactéries des suppurations auriculaires, par Rohrer. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janvier.) — Le traitement de l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne, par Bacon. (*Med. news,* 30 mars.) — Du traitement chirurgical des suppurations de la caisse du tympan, par E. Kuester. (*Berlin. klin. Woch.*, 59, 21 janvier.) — Les suppurations chroniques de l'oreille, par Macnaughton Jones. (*West London med. chir. Soc.*, 1er mars.) — Cinq cas d'affection de l'oreille moyenne, avec suppuration du voisinage, par Arbuthnot Lane. (*Clin. Soc. of London*, 26 avril.) — Des otorrées alternant d'une oreille à l'autre, par Walb. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 123, 11 février.) — Des altérations de l'oreille moyenne chez les enfants en bas âge, par Netter. (*Soc. de biol.*, 20 avril.) — Traitement de la surdité consécutive à l'otite purulente, par Potier. (*Thèse de Paris*, 11 avril.) — Phlegmon profond du cou avec paralysie du bras droit consécutifs à une otite moyenne aiguë traumatique, par C. Lewis. (*Brit. med. Assoc. Glasgow.*) — Les vapeurs d'iodoforme dans les affections de la trompe et de l'oreille moyenne, par Delie. (*Rev. de laryngol.*, 15 février.) — Sur les effets éloignés de l'otite, par Duckworth. (*Lancet*, 5 janv.) — Sur l'otite moyenne purulente chronique chez les alcooliques, par Noquet. (*Rev. de laryng.*, 1er janv.) — Emploi de la créoline dans l'otite moyenne suppurée, par Purjesz. (*Gyogyaszat*, n° 52, 1888.) — Cause de la plus grande fréquence à droite des diverses complications intra-craniennes de la carie du rocher, par Körner. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janv.) — Statistique des mastoïdites, de leurs suites ainsi que des perforations de l'apophyse mastoïde (46 cas), par Cozzolino. (*Ann. des mal. de l'or.*, janv.) — De l'apophyse mastoïde et de sa trépanation, par Ricard. (*Gaz. des hôp.*, 23 fév.) — Point d'élection pour la trépanation de l'apophyse mastoïde, par Mitzkuna. (*Wiener. med. Woch.*, 17 janv.) — Périostite de la région mastoïdienne, par Gruber. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, n° 43, 1888.) — Deux cas de mastoïdite traités et guéris par les cautérisations au thermocautère, par Lacoarret. (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, n° 1.) — De l'emploi du thermocautère de Paquelin dans la périostite de l'apophyse mastoïde, par Ménière. (*Gaz. des hôp.*, 28 février.) — Traitement des bourdonnements d'oreille, par Boyton. (*Therap. Gaz.*, 15 février.) — De la maladie de Ménière, par Nothnagel. (*Allg. Wiener. med. Zeit.*, 19 fév.) — Des troubles auditifs dans le tabes, par Chataigner. (*Thèse de Paris,* 20 mars.) — La syphilis de l'oreille comme cause de surdité, par Turnbull. (*Weekly med. Rev.*, oct. 1888.) — Surdité consécutive à une affection syphilitique du labyrinthe, par Eichberg. (*Cincinnati Lancet*, 2 mars.) — Surdité labyrinthique traitée par la pilocarpine, par Field. (*Brit. med. journ.*, 2 mars.) — A propos de deux cas d'exostose du conduit auditif externe, par Jacquemart. (*Rev. de laryngol.*, 1er avril.) — Chéloïde du lobule auriculaire, par Z. Kikuzi. (*Bruns Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Tübingen*, III.) — Hématome de l'oreille, par Atkin. (*Shefield med. chir. Soc.*, 14 février.)

Orthopédie. — Douze mois de chirurgie orthopédique, par A. d'Ambrosio. (*La med. contemporanea,* nov. et déc. 1888.) — Mode de développement des os wormiens, par Bianchi. (*Sperimentale,* janv.) — Structure de l'os normal, par Zachariadès. (*Soc. biologie*, 9 mars.) — Note sur l'angle du col du fémur, par Humphry. (*Journ. of anat.*, avril.) — De l'accroissement

artificiel de la croissance des os chez l'homme, par Schüller, J. Wolff et Bidder. (*Berlin. klin. Woch.,* 24 déc. 1888.) — Nouvelles expériences sur l'accroissement des os longs après l'ablation d'un des cartilages de conjugaison, et sur l'hyperplasie compensatrice par le cartilage conservé, par Ollier. (*Acad. des sc.*, 7 mai.) — Des modifications dans les os dans la vieillesse, par Humphry. (*Illustrat. med. news*, mars.) — De l'ostéite tuberculeuse des métacarpiens et des phalanges et de son traitement, par Brezzi. (*Thèse de Paris*, 28 mars.) — Histologie des os éburnés dans l'ostéo-arthrite, par Shattuck. (*Pathol. Soc. of London*, 16 avril.) — Maladie des os de chèvre ressemblant à l'ostéite déformante et au sarcome multiple des os, par Spencer. (*Path. Soc. of London*, 2 avril.) — Des ostéomyélites de croissance, par Mauzac. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — De l'ostéomyélite récidivante, par Kuester. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 39, 14 février.) — De l'ostéomyélite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, par Kirmisson. (*Bull. méd.*, 6 janvier.) — Observation d'ostéomyélite traumatique de la tête humérale droite; arthrite secondaire; résection de l'épaule; ostéomyélite diaphysaire infectieuse du fémur droit survenue pendant la guérison de la plaie de résection; guérison, par P. Chavasse. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XIV, p. 757.) — Ostéomyélite du péroné. Ablation de toute la diaphyse de cet os, par Polaillon. (*Ibid.*, XIV, p. 790.) — Ostéomyélite et nécrose totale du péroné, par Kirmisson. (*Ibid.*, XIV, p. 797.) — Ostéotomie du fémur pour cal vicieux, par Berger. (*Ibid.*, XIV, p. 924.) — Pseudarthrose de l'humérus opérée et guérie, par Jalaguier. (*Ibid.*, XIV, p. 925.) — Genou valgus, varus et autres difformités résultant d'un arrêt de croissance épiphysaire, par Humphry. (*Royal med. and chir. Soc.*, 22 janv.) — De l'ostéotomie des os longs avec les ciseaux de sculpteur, par König. (*Cent. f. Chir.*, 5 janv.) — Du redressement des cals vicieux de la jambe par l'ostéotomie, par Schwartz. (*Rev. gén. de clin.*, 31 janvier.) — Excision osseuse pour provoquer la guérison de certaines plaies, ulcères, par Annandale. (*Med. Soc. of London*, 11 février.) — De l'ostéotomie dans le genu valgum, par Eugen Hahn. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 janv.) — L'ostéoclaste comme procédé de redressement des difformités des membres, par Douglas. (*Edinb. med. journ.*, avril.) — Un cas de régénération du tibia extirpé en totalité (24 centimètres), moins les épiphyses et les cartilages de conjugaison, chez une fille de 9 ans, atteinte d'ostéomyélite infectieuse avec arthrite suppurée du genou et de l'articulation tibio-tarsienne, malgré des trépanations hâtives. Allongement de 1 centimètre du tibia régénéré, par Vincent. (*Lyon méd.*, 24 février.) — De la nécrose phosphorée, par Broca. (*Gaz. hebd. de méd.*, 1er fév.) — Nécrose osseuse, par Legros Clark. (*St-Thomas's Hosp. Reports*, XVII, p. 5.) — Ostéome du droit interne chez un cavalier, par Lalesque. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 6 janvier.) — Sur l'ostéome dans les adducteurs des cavaliers, par Orlow. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 51, 1888.) — Ostéome du talon, par W. von Noorden. (*Bruns Mittheilungen aus der chirurg. klinik zu Tübingen*, III.) — Exostoses multiples héréditaires, par Rosenstein. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 juillet 1888.) — Exostoses multiples, par Ollier. (*Lyon méd.*, 24 mars.) — Blessure de l'avant-bras avec section des deux os suivie de guérison avec intégrité du membre, par G. Soldani. (*Lo Sperimentale*, nov. 1888.) — Extirpation d'un sarcome de l'omoplate, par Neudörfer. (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 mars 1888.) — Cancer sous-périostique diffus du fémur gauche (ostéo-périostite sarcomateuse bipolaire), par Poncet. (*Gaz. des hôp.*, 19 fév.) — Ostéosarcome du tibia ayant déterminé deux fractures de cet os à un an d'intervalle, amputation de la cuisse au tiers inférieur; guérison, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 22 janv.)

Ovaire. — Deux cas de déplacement congénital de l'ovaire dans le canal de Nuck, par Giffard. (*Brit. med. journ.*, 26 janv.) — Kyste ovarique chez un fœtus de sept mois, par Alban Doran. (*Brit. med. journ.*, p. 878, oct. 1888.) — Papillome de l'ovaire, par Gardner. (*Montreal med. chir. Soc.*, 11 janv.) — Un cas de sarcome primitif de l'ovaire, par Rieder. (*Münch. med. Woch.*, nº 1.) — Kystes de l'ovaire avec membrane muqueuse, par Sutton. (*Trans. of obst. Soc. of London*, XXX, 4, p. 339.) — Tumeur solide de l'ovaire à fibres striées chez une jeune fille de 17 ans, par E. Vignard. (*Bull. Soc. anat.*, p. 33.) — Des épanchements pleurétiques compliquant les kystes de l'ovaire, par Buffet. (*Normandie médic.*, 15 janv.) — Opération de Battey, par Clementi. (6e *Cong. ital. de chir.*, *Bologne.*) — Tumeur kystique à tissus multiples de l'ovaire; généralisation au mésentère et au grand épiploon, par Poupinel. (*Bull. soc. anat.*, p. 60.) — Tumeur polykystique de l'ovaire; ablation; mort, par Chenieux. (*Journ. soc. méd. Haute-Vienne*, fév.) — Hystérectomie abdominale et ovariotomie double ; guérison, par Chenieux. (*Ibid.*) — Suppuration d'un kyste de l'ovaire par fièvre typhoïde intercurrente. Ovariotomie. Mort 4 mois plus tard par cancer de l'estomac, par Theodor Walzberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 déc. 1888.) — Sur un cas rare d'adhérence contractée par un kyste de l'ovaire gauche sur le côlon ascendant et l'appendice vermiforme, par Jentzer. (*Arch. de Tocol.*, mars.) — Pleurésie gauche, épanchement abdominal avec péritonite adhésive et ictère hématogène à la suite d'une ponction d'un kyste de l'ovaire. Ovariotomie ultérieure ; guérison, par Theodor Walzberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 déc. 1888.) — Tumeur semi-solide de l'ovaire ayant simulé un fibrome utérin. Ovariotomie ; guérison, par J. Homans. (*Boston med. journ.*, p. 79 21 janv.) — Kyste ovarique droit, dégénérescence kystique de l'ovaire gauche; ovariotomie double, phlegmon du ligament large au 16e jour; résolution rapide après une crise sudorale, par Faucon. (*Journ. sc. méd. Lille*, 15 mars.) — Remarques cliniques sur une sixième série de 25 ovariotomies, par F. Terrier. (*Revue de chirurgie*, 1888, p. 965.) — Extirpation d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse, par Angelini. (6e *Cong. ital. de chir. Bologne.*) — Trente-deux ovariotomies avec guérison, par d'Antona. (6e *Cong. ital. de chir. Bologne.*)

P

Palais. — Physiologie du voile du palais, par Joachim. (*Zeit. f. Ohrenh*, XIX, 1.) — Tuberculose du voile du palais. (*Soc. imp. des méd. de Vienne*, 18 janv.) — Syphilis du palais, par Lang. (*Soc. des méd. de Vienne*, 15 fév.) Fibromyxome du voile du palais et de l'isthme, ablation par incision externe, guérison, par M'Leod. (*Lancet*, 13 avril.) — La staphythoraphie est-elle préférable aux appareils prothétiques ? par Porter. (*Boston med. Journ.*, 28 fév.) — Traitement mécanique des fentes palatines congénitales, par Baker. (*Ibid.*) — *Idem*, par Grant. (*Ibid.*)

Paludisme. — Ressemblance morphologique des parasites de la malaria et de ceux de la fièvre récurrente, par Sakharoff. (*Wratsch*, nº 1.) — Sur le prétendu bacille malarique de Klebs, Crudeli, Schiaruzzi, par Golgi. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 1.) — Sur les hématozoaires observés par Laveran dans le sang des paludiques, par Bouchard. (*Acad. des sc.*, 21 janv.) — De l'impaludisme, diathèse, par Mlle Pierre. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — Le poison palustre, par Kelsch et Kiener. (*Ann. d'hyg. publ.*, XX, 511.) — Essai sur les formes bilieuses du paludisme au Tonkin, par Blanc. (*Arch.

de méd. milit., janv.) — De la fièvre intermittente, par JACCOUD. (*Union médicale,* 8 janv.) — Cachexie palustre profonde guérie par une scarlatine, par ZINNIS. (*Arch. di patol. inf.*, VI, p. 218.) — Des injections sous-cutanées de quinine dans la malaria, par DE CARVALHO. (*Coimbra med.*, 1er fév.) — Nouvelles observations sur l'emploi préventif de la quinine contre l'infection paludéenne, par C. GRAESER. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 décembre 1888.)

Pancréas. — Valeur clinique des fèces décolorées sans jaunisse concomittante, leurs rapports avec les maladies du pancréas, par WALKER. (*Royal med. and chir. Soc.*, 26 mars.) — Calculs pancréatiques, par CRAWFORD. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 158, 2 fév.) — La pancréatite aiguë, par REGINALD FITZ. (*Med. News*, 23 fév.) — Cancer du pancréas, par CARON. (*Thèse de Paris*, 4 avril.) — Un cas de cancer primitif du pancréas, par HERRINGHAM. (*Med. Soc. of London*, 11 mars.) — Sclérose et épithéliome de la tête du pancréas coïncidant avec une cirrhose de Laënnec, par LEGRAND. (*Rev. de méd.*, fév.) — Deux cas de cancer primitif du pancréas, par SEEBOHM. (*Deut. med. Woch.*, n° 38, 1888.)

Pansement — De la suture à distance, par DESPRÉS. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 668.) — Note à propos de quelques cas de réunion immédiate tentée d'emblée, par GALVANI. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 750.) — De la suppression du drainage dans les plaies récentes et dans les opérations, par FIORANI. (*Rend. d. R. Istit. lomb.*, XXII, 4.) — Du salol comme pansement, par CORNER. (*Hunterian Soc.*, 10 avril.) — Le spray phéniqué dans la thérapeutique chirurgicale, par FLAMENT. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — Moyen pour les chirurgiens d'éviter les gerçures des mains causées par l'emploi des antiseptiques, par GEORGE MEYER (onctions de lanoline après lavage.) (*Berlin. klin. Woch.*, p. 34, 14 janv.) — Sur l'emploi du bidet en chirurgie, par WHITE. (*Med. News,* 12 janv.)

Paralysie. — A propos de trois cas d'hémiplégie chez des jeunes gens, par BATBEDAT. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie spinale aiguë de l'enfance, par JOFFROY et ACHARD. (*Arch. de méd. expér.*, I, 1.) — Hémiplégie avec mouvements associés parfaits, par SACHS. (*New York neurol. Soc.*, 5 fév.) — Paralysie progressive avec tabes chez un enfant de 13 ans, par STRUMPELL. (*Neurol. Cent.*, n° 5, 1888.) — Paralysie pseudo-hypertrophique chez un adulte, par BEEVOR. (*Med. Soc. of London*, 15 avril.) — Des paralysies psychiques et de leur traitement, par HUCKEL. (*Münch. med. Woch.*, n° 12.) — Modifications microscopiques dans la paralysie pseudo-hypertrophique, par HANDFORD. (*Path. Soc. of London*, 5 mars.) — Rapports entre la paralysie du trijumeau et l'atrophie de la face, par RUHEMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 16, 7 janv.) — Etiologie de la paralysie faciale dite à frigore, par F. VIZIOLI. (*Riforma med.*, 3 et 4 déc. 1888.) — Paralysie de la 6e paire à la suite d'un traumatisme sur la tête, par FERRI. (*Giorn. d. R. Accad. di medic. di Torino*, ne 2.) — Paralysie faciale d'origine fibreuse remontant à la première enfance, par VARIOT. (*Gaz. méd. Paris*, 5 janv.)

Paralysie générale.—Le délire des paralytiques généraux et des faibles d'esprit, par BOIRON. (*Thèse de Paris*, 7 fév.) — Quelques cas de zona chez les paralytiques généraux, par GANNET. (*Thèse de Paris*, 7 fév.)

Parole. — Un cas de difficulté de prononciation, par SAINSBURY. (*Journ. of ment. sc.*, janv.) — Etude des voyelles et des diphtongues du langage, au moyen de l'appareil enregistreur de la parole, par W. MARTENS. (*Zeit. f. Biologie*, XXV, p. 289.)

Parotide. — Parotide aiguë idiopathique, destruction de la glande par suppuration, guérison, par Day. (*Med. News*, 23 fév.) — De la parotidite à la suite de l'ovariotomie, 19 cas, par Hagen. (*Inaug. diss. Wurtzbourg*, 1888.)

Pathologie. — Utilité pratique des notions pathogéniques, par Bouchard. (*Semaine médicale*, 3 avril.)

Paupière. — Absence congénitale, colobome de la paupière inférieure, par Berry. (*London opht. hosp. Rep.*, XII, 3.)—Du blépharospasme et de son traitement, par Giraud. (*Thèse de Lyon*, n° 460.) — Blépharospasme, par Koller. (*Amer. ophth. Soc.*, 19 septembre 1888.) — Anomalie fonctionnelle du releveur palpébral, par de Wecker. (*Soc. d'ophthalm.*, 8 janv.) — De l'entropion, par Gayet. (*Province médicale*, 23 fév.) — Traitement de l'entropion et du trichiasis par la transplantation de la muqueuse buccale, par Benson. (*British med. Assoc.*, octobre 1888.) — Opération de ptosis, par F. de Lapersonne. (*Bull. méd. du Nord*, n° 2, p. 61.) — Symblépharone rebelle guéri par transplantation d'un lambeau de muqueuse buccale, par Abadie. (*Soc. d'ophthalm.*, 2 avril.)

Papillome. — Verrues télangiectasiques, par Dubreuilh. (*Ann. de la polyclin. Bordeaux*, n° 1.) — Verrues planes juvéniles, par Besnier. (*Ann. de Dermat.*, X, 3, p. 200.) — Verrues confluentes des deux jambes, par Gémy. (*Ibid.*, X, 2.) — Anatomie et histologie de la verrue vulgaire, par Kuhnemann. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 8.) — Cornes cutanées, par Sutton. (*Path. Soc. of London*, 29 janv.)

Peau. — Maladies de la peau associées aux désordres de l'appareil génital chez la femme, par Rohè. (*Buffalo med. journ.*, fév.) — Histologie des vergetures, par Troisier et Ménétrier. (*Arch. de méd. expér.*, I, 1.) — Dermatite de la grossesse, histoire des dermatoses récurrentes, par White. (*Boston med. journ.*, 28 mars.) — Dermatite herpétiforme, par M'Call Anderson. (*Edinb. med. journ.*, avril.) — De la dermatite herpétiforme de Duhring, par Dubreuilh. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 27 janv.) — De la dermatite herpétiforme, par A. Blaschko. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 115, 11 février.) — Dermatite tubéreuse d'origine iodique, par Cutler. (*Journ. of cutan. dis.*, fév.) — De l'ichthyol dans les maladies cutanées, par M'Lean. (*Brit. med. journ*, 9 mars.)

Pellagre. — La pellagre chez les aliénés, par Bonnet. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — La pellagre dans la provinee de Florence et en particulier la folie pellagreuse à l'asile de Bonifacio, par R. Gucci. (*Lo Sperimentale*, oct. et nov. 1888.)

Pemphigus. — Pemphigus végétant, par Crocker. (*Royal med. and chir. Soc.*, 12 mars.) — Contribution à l'étude du pemphigus, par Radriszewski. (*Progrès médical*, 2 fév.) — Pemphigus malin, par Pitt. (*Path. Soc. of London*, 5 fév.) — Pemphigus foliacé suivi de mort, par Lassime. (*Ann. de la Polyclin. Bordeaux*, n° 1.)

Peptonurie. — De la peptonurie et de la propeptonurie, par Isaakides. (*Thèse de Paris*, 15 mai.)

Périnée. — Le périnée, son anatomie, sa physiologie; des divers procédés de périnéorraphie, par H. O. Marcy. (*Amer. journ. of obst.*, janv.) — De la périnéoplastie à lambeaux, par A. Martin. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 108, 11 fév.)

Péritoine. — Des épanchements chyliformes du péritoine, par Depoix. (*Thèse

de Paris, 30 janv.) — Epanchements du péritoine, par Sebileau. (*Thèse de Paris*, 30 janv.) — De la péritonite pelvienne, par James Oliver. (*Brit. med. journ.*, p. 874, oct. 1888.) — Olo-orromenite suraiguë, par P. Baronchelli. (*Riforma medica*, 10 janv.) — Péritonite séreuse enkystée, par Oliver. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — De la rupture manuelle des adhérences péritonéales, par Reich. (*Cent. für Gyn.*, 19 janv.) — Fracture du bassin, péritonite, laparotomie, guérison, par Steer. (*Brit. med. journ.*, 2 fév.) — Péritonite tuberculeuse localisée, d'origine traumatique, symptômes d'occlusion intestinale et troubles respiratoires, laparotomie, amélioration considérable, par Duponchel. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 fév.) — Traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie et le lavage sans drainage, par O'Callaghan. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 22 fév.) — Péritonite tuberculeuse, laparotomie, par Hartley. (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 11 janv.) — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par Ceccherelli. (6e *Cong. ital. de chir. Bologne.*) — Fibro-myxome hydatiforme de l'épiploon, par V. Piazza-Martini et G. Lipari. (*Sicilia med.*, p. 7, janv.)

Pharmacologie. — Etude de physiologie pharmacologique sur le cœur de la grenouille, par Durdufi. (*Arch. f. exper. Path.*, XXV, 5 et 6.) — Des propriétés vitales de l'acide carbonique, par Richardson. (*Asclepiad*, fév.) — De l'hyoscine, par Lemoine. (*Gaz. méd. Paris*, 9 janv.) — Sur l'action de quelques convulsivants (strychnine, brucine et picrotoxine) sur le carcinus mœnas, par H. de Varigny. (*Soc. de Biologie*, 9 mars.) — Action de convulsivants de la série cinchonique sur le carcinus mœnas, par Langlois et de Varigny. (*Soc. Biologie*, 16 mars.) — Toxicité de la digitale et de la digitaline, par Roger. (*Soc. Biologie*, 26 janv.) — L'apomorphine est-elle un bon émétique? par Brown. (*Brit. med. journ.*, 9 mars.) — Sur les nouvelles préparations de cabannis, par J. Prior. (*Münch. med. Woch.*, n° 33, 1888.) — Propriétés médicales du sureau, par Bastaki. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, juillet 1888.) — Action de l'antipyrine sur la nutrition, par Lépine. (*Semaine médicale*, 3 avril.) — Discussion sur l'antipyrine. (*Lyon médic.*, 7 avril.) — Sur l'antipyrine, par Clément, Cazeneuve. (*Lyon méd.*, p. 22 et 24, 28 avril.) — Etude physiologique et chimique du sulfonal, par Smith. (*Practitioner*, janv.) — Etude sur le thiol, par Buzzi. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 7.) — Sur la méthylacétanilide, par Giraud. (*Ac. des sc.*, 8 avril.) — Décomposition des solutions iodoformées, par Carles. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 30 mars.) — Causticité variable de l'acide phénique selon ses dissolvants, par Carles. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 24 fév.) — De la phénacétine, par Lemoine. (*Gaz. méd. Paris*, 16 mars.) — Acide crésylique et ses propriétés antiseptiques, par H. Delplanque. (*Bull. gén. de thérap.*, 25 août 1888.) — Crésylol-créoline, par Egasse. (*Bull. génér. de thérap.*, 30 déc. 1888.) — De la créoline comme traitement actif et préventif des maladies infectieuses de la gorge, par Koehler. (*New York med. Record*, p. 65, 19 janv.) — Note sur l'accumulation du bromure de potassium dans l'organisme, par Doyon. (*Lyon méd.*, 31 mars.) — Contribution à l'étude de l'action des chlorates, par Cahn. (*Arch. f. exp. Path.*, XXIV, 3.)

Pharynx. — L'hyperplasie du tissu lymphatique du pharynx et des arrières-fosses nasales, par Gleitsmann. (*Med. News*, 19 janv.) — La dyspepsie telle qu'elle se manifeste sur les muqueuses des voies aériennes supérieures, par B. Robinson. (*New York med. journ.*, 20 avril.) — Etiologie pathologie et traitement du catarrhe aigu des voies aériennes supérieures, par Carpenter. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 13 avril.) — Végétations adénoïdes, par Heurtaux. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 janv.) — Des végéta-

tions adénoïdes du pharynx, par Panse. (*Inaug. diss. Nalh*, 1888.) — Des végétations adénoïdes, par Weil. (*Würtemb. med. Corresp.-Blatt.*, n° 27, 1888.) — Tumeur adénoïde du pharynx, par Gourraud. (*Gaz. médic. de Nantes*, 9 mars.) — Le traitement du catarrhe rétro-nasal par l'ablation de l'obstruction nasale, 110 cas, par Reynolds et Lowett. (*Boston med. journ.*, 28 fév.) — Nouvel instrument pour les végétations adénoïdes de pharynx nasal, par Krakauer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 91, 4 fév.) — Instrument pour le traitement des végétations adénoïdes du pharynx, par Corrado Corradi. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVIII, 1 et 2.) — Perforations multiples de la cloison, perforation semi-lunaire du voile du palais du côté droit, soudure du pilier droit postérieur à la paroi du pharynx, par Natier. (*Ann. de la polyclin. de Bordeaux*, n° 1.) — Abcès rétro-pharyngien, par Blackader. (*Arch. of pediat.*, fév.) — Papillome de la gorge entre le pilier et l'amygdale, par Claiborne. (*N. York med. Record*, 16 fév.) — Du muguet chez les individus sains, par Seifert. (*Rev. de laryngol.*, 1er mars.) — Mycosis pharyngé, par Vanderpoel. (*N. York med. journ.*, 9 fév.) — Tuberculose du pharynx, par Taurer. (*Journ. of laryng.*, janv.)

Phlegmon. — Influence de la digitoxine sur la formation du phlegmon suppuré, par Kaufmann. (*Arch. f. exper. Path.*, XXV, 5 et 6.)

Phosphaturie. — De la phosphaturie, par Peyer. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 336.)

Physiologie. — Traité élémentaire de physiologie humaine, par Viault et Jolyet. (In-8°, 920 p., *Paris*.)

Pied. — Déviation du gros orteil. Résection articulaire, par Monod. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 952.) — Résection articulaire pour déviation du gros orteil, par Jalaguier. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 876.) — Durillon sous-unguéal, par Villar. (*Bull. Soc. anat.*, p. 47.) — De la tarsectomie antérieure totale et partielle dans les cas pathologiques, par Chabaut. (*Thèse de Lyon*, n° 458.) — Excision du scaphoïde pour un pied plat, par Davy. (*Med. Soc. of London*, 25 mars.) — Note sur un cas de pied bot talus valgus, par Foucart. (*France médicale*, 30 août 1888.) — 25 cas d'extirpation de l'astragale pour le redressement du pied bot, par Agostini. (*Arch. di Ortoped.*, 1888.) — Une attelle pour pied bot, par Kölliker. (*Centr. f. Chir.*, 13 avril.)

Pityriasis. — Roséole pityriasique, par Barduzzi. (*Giorn. ital. di malat. vener.*, XXIV, 1.)

Pigment. — Sur une réaction des pigments hématogènes, par Foa. (*Giorn. d. R. Accad. di medic. di Torino*, n° 2.)

Placenta. — Relation entre le poids du fœtus et celui du placenta, par G.-O. Mackness. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Placenta double avec un seul enfant, par Taylor. (*Obst. Soc. Cincinnati*, 8 nov. 1880.) — Cas de décollement et d'expulsion du placenta avant la naissance de l'enfant, par Hart. (*Edinb. med. journ.*, avril.)—Placenta prœvia, expulsion du placenta avant l'enfant, enfant mort, guérison de la mère, par Coulhon. (*Gaz. des hôpit.*, 22 janv.) — Une modification à la méthode de Berlin dans le traitement du placenta previa, par A. Guzzoni. (*Il Morgagni*, nov. et déc. 1888.) — Curettage de l'utérus dans les rétentions placentaires, par Castan. (*Thèse de Paris*, 7 fév.) — Sarcome fasciculé du placenta, par Dupin. (*Gaz. des hôp. Toulouse*, 9 mars.)

Plèvre. — Vaisseaux dans les pseudo-ligaments de la plèvre et leur influence sur la circulation pulmonaire, par Ackermann. (*Fortsch. d. Med.*, VII,

nº 7.) — Les pleurésies pulsatiles, par COMBY. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Du pronostic de la pleurésie hémorragique, par LEREBOULLET. (*Soc. méd. des hôp.*, 9 janv.) — Pleurésie diaphragmatique avec hémoptysie à la suite de l'accouchement, par CHENET. (*Journ. de méd. de Paris*, 24 fév.) — Les pseudo-épilepsies pleurales et leurs indications thérapeutiques, par ELOY. (*Revue gén. de clin.*, 21 mars.) — La pleurésie avec épanchement dans la pneumonie, par P. BARBANTI. (*Riforma medica*, 24 et 29 déc. 1888.) — 84 cas de pleurésie séreuse traités par la ponction aspiratrice, par BRAMWELL. (*Edinb. med. journ.*, — Les pleurésies méta-pneumoniques, par COMBY. (*Progrès médic.*, 26 janv.) — Pleurésies méta-pneumoniques, par TROISIER. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 janv.) — De la pleurésie purulente méta-pneumonique et de la pleurésie purulente pneumococcique primitive, par NETTER. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 janv.) — Epanchement purulent fétide. Empyème. Guérison, par VERGELY. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 19 janv.) — Empyème dans ses rapports avec les mauvaises conditions sanitaires, par SWANN. (*Leicester med. Soc.*, 1er fév.) — De l'empyème, traitement par une double incision avec résection costale et drainage de la cavité, par VOIGTEL. (*Inaug. diss. Berlin*, 1888.) — Du traitement de la pleurésie purulente, par DESPLATS. (*Journ. sc. méd. Lille*, 8 mars.) — Nouvelle méthode d'opération de l'empyème, par SSUBOTIN. (*Wratch*, nº 45, 1888.) — Deux cas de pyothorax traités par les lavages à la créoline, par MOLLER. (*Wiener med. Blätter*, nº 44, 1888.) — Trois cas d'empyème traités par la résection d'une partie d'une côte, par LUNN. (*West. London med. chir. Soc.*, 1er mars.) — Association de la péricardite et de l'empyème, effets des incisions dans la cavité pleurale, par GODLEE. (*Practitioner*, janv.)

Poil. — Folliculites agminées serpigineuses à marche lente, par QUINQUAUD. (*Ann. de Dermat.*, X, 3, p. 205.) — Tricophytie cutanée chez un paludéen mélanodermique, par TENNESON. (*Ibid.*, X, 3, p. 214.) — Tricophytie circinée du dos de la main, par HALLOPEAU. (*Ibid.*, X, 3, p. 221.) — Folliculite épilante, par QUINQUAUD. (*Ibid.*, X, 2, 99.) — Alopécie cicatricielle innomée, par BESNIER. (*Ibid.*, X, 2, p. 104.) — Remarques sur le travail de Max Joseph, intitulé « la chute atrophique des cheveux », par S. SAMUEL. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXIV, 2.) — Réponse à ces remarques, par MAX JOSEPH. (*Ibid.*, CXIV, 3.) — 6 cas d'alopécie nerveuse, par SCHUTZ. (*Münch. med. Woch.*, nº 8, 1889.) — Du traitement des alopécies, par BROCQ. (*Rev. gén. de clin.*, 7 fév.)

Poumon. — Premières phases du développement des poumons chez les rats et les souris, par ROBINSON. (*Journ. of Anat.*, janv.) — Etiologie de la pneumonie croupale, par ALBIZKI. (*Russkaia med.*, nº 31, 1888.) — Etiologie de la pneumonie fibrineuse, par SEIBERT. (*Med. Monats.*, nº 2.) — Sur l'étiologie de la pneumonie fibrineuse chez l'homme, par N. GAMALEIA. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, p. 440, 1888.) — Etiologie de la pneumonie croupale, par STERNBERG. (*Med. Soc. of the state of N. York*, 5 fév.) — Recherches sur l'étiologie de la pneumonie croupale, par KLEIN. (*Cent. f. Bakteriol.*, V, nº 19.) — Sur une épidémie de pneumonie contagieuse, par PROBY. (*Lyon médical*, p. 640, 28 avril.) — De la valeur pronostique du pouls et de la température dans la pneumonie, par FIESSINGER. (*Lyon méd.*, 21 avril.) — Transmission intra-utérine de la pneumonie et de l'infection pneumonique chez l'homme et dans l'espèce animale, par NETTER. (*Soc. biologie*, 9 mars.) — Nouvelle étude sur la pneumonie lobaire aiguë primitive ou secondaire, par SATTERTHWAITE. (*N. York med. Record*, p. 49, 19 janv.) — Des paralysies pneumoniques, par STEPHEN. (*Rev. de méd.*, janv. — Etude de la pneumonie lobaire d'après l'analyse de 55 cas mortels, par SATTERTHWAITE. (*Med. news*, 5 janv.) — Pneumonie et paralysie, par STEPHAN.

(*Weekbl. von het. Nederl. tijsch. voor Genesk.*, II, p. 273.) — Pneumonie massive suppurée, pleurésie purulente, péricardite, mort subite, par Desplats. (*Journ. sc. méd. Lille*, 4 janv.) — Des indications de l'antisepsie dans la pneumonie, par Eloy. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 mars.) — 42 pneumonies graves traitées par les inhalations de chloroforme, par Clemens. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 13 mars.) — De l'atélectasie pulmonaire, par O'Dwyer. (*N. York Acad. of med.*, 14 fév.) — Congestion pulmonaire et spléno-pneumonie. Rechutes très éloignées suivies de guérison; parallèle avec la broncho-pneumonie, par H. Dauchez. (*France médicale*, 27 déc. 1888.) — Gangrène pulmonaire massive du lobe supérieur chez un tuberculeux. Symphyse cardiaque ancienne, par J. Girode. (*Bull. Soc. anat.*, p. 3.) — Le drainage dans la gangrène pulmonaire, un cas de guérison en un mois après le drainage fait 6 semaines après le début, par S. Malagola. (*Riforma medica*, 11 et 12 fév.) — De l'athérome pulmonaire, par Emery. (*Thèse de Paris*, 13 fév.) — De la ventilation pulmonaire et de l'ampliation thoracique sous l'influence des lavements gazeux, par Bergeon. (*Lyon méd.*, 31 mars.) — Abcès du poumon traité par l'incision, par Cummins. (*Brit. med. journ.*, 9 fév.)

Prostate.—Observation sur l'anatomie de la prostate, par Struthers. (*Journ. of anat.*, avril.) — Sur le développement du vagin mâle (utricule prostatique) chez le fœtus humain, par Tourneux. (*Revue biolog. du nord de la France*, mars.) — Traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique, par Webb. (*Med. News*, 19 janv.) — Des interventions chirurgicales pour la cure radicale des hypertrophies prostatiques, par Helferich. (*Münch. med. Woch.*, n° 7.)

Psychose. — La fatigue mentale, par Galton. (*Rev. scient.*, 26 janv.) — Un cas d'affection médullaire avec troubles psychiques, guérison, par A. Marina. (*Lo Sperimentale*, nov. 1888.)—Des influences psychiques dans l'étiologie des états morbides, par Cureau. (*Thèse de Bordeaux*, 27 févr.) — Hallucinations et sensations subjectives à l'état de santé, par Hack Tuke. (*Brain*, n° 44, janv.)—De l'albuminurie et de la propeptonurie dans les psychoses, par Köppen. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 3.)

Ptomaïne.— Contribution à l'étude des ptomaïnes, par Œschner de Coninck. (*Acad. des sc.*, 7 janv. et 15 avril.) — Note sur le tyrotoxicon, par Feroci. (*Milan.*) — Des ptomaïnes et des leucomaïnes, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. géner. de thér.*, 15 sept. 1888.)—Alcaloïdes et ptomaïnes, la ptomaïne dans ses rapports avec les maladies infectieuses, par Barbaglia. (In-8°, *Pise.*)

Puerpéral (état). — Des affections pulmonaires aiguës non septiques comme complication de l'état puerpéral, par Phillips. (*Obst. Soc. London*, 1er mai.) — Sur les accidents infectieux d'origine puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle, par Widal. (*Thèse de Paris*, 31 janv.) — Manie puerpérale guérie par la pilocarpine, par Humphreys. (*Brit. med. journ.*, 6 avril.) — Traitement de la fièvre puerpérale, par Napier. (*Practitioner*, mars.)

Purpura. — Purpura associé à des symptômes articulaires, gastro-intestinaux et rénaux, par Osler. (*N. York med. journ.*, 22 déc. 1888.) — Purpura hemorragica produit par l'iodure de potassium, par Wilson. (*Brit. med. journ.*, 2 mars.)

Putréfaction. — La putréfaction sous les hautes pressions, par P. Regnard. (*Soc. biologie*, 16 fév.)

R

Rachis. — Des rapports entre les origines superficielles des nerfs spinaux de la moelle et les apophyses épineuses des vertèbres, par REID. (*Journ. of anat.*, avril.) — Causes et pathologie des formes les plus communément observées de déviation latérale de la colonne, par LANE. (*Royal med. and chir. Soc.*, 9 avril.) — Développement et traitement de la scoliose, par WOLFERMANN. (*Cent. f. Chir.*, 20 avril.) — Traitement gymnastique dans les déviations du rachis, par HOLM. (*Med. Soc. of London*, 15 avril.) — Traitement de la scoliose commune, par REYNIER. (*Soc. de méd. prat.*, 31 janv.) — Sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale (région dorsale et dorso-lombaire), par MÉNARD. (*Thèse de Paris*, 22 mars.) — Trois cas de fracture du rachis ; paralysie ; opération, par DUNCAN. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Deux cas de fracture du rachis traités par le trépan, par ALLINGHAM. (*Med. Soc. of London*, 8 avril.) — Traitement des fractures du rachis, par LAMPIASI. (6e *Cong. ital. de chir. Bologne.*) — Fracture de la colonne ; paraplégie et hallucinations du sens musculaire dans les membres privés de sensibilité, par BOUCHARD. (*Arch. de méd.*, fév.) — Traitement chirurgical de la coccygodynie, par SWIECICKI. (*Wiener med. Presse*, n° 31, 1888.) — Carie vertébrale ; paralysie ; guérison, par DUNCAN. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Mal de Pott traumatique ; paraplégie complète ; amélioration complète par la suspension, par SINKLER. (*College of physic. of Philad.*, 6 fév.)

Rachitisme. — Du traitement du rachitisme par le phosphore, par CHABANOFF. (3e *Cong. des méd. russes. St. Pétersbourg.*)

Rage. — Nouvelles recherches sur la rage, par DI VESTEA et ZAGARI. (*Fortsch. d. Med.*, VII, n° 7.) — Expériences sur la vaccination des ruminants contre la rage, par injections intra-veineuses de virus rabique, par NOCARD et ROUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, p. 341, 1888.) — Sur une élévation de température dans la période d'incubation de la rage, par V. BABES. (*Ibidem*, p. 374, 1888.) — Notes de laboratoire sur l'immunité conférée aux chiens contre la rage par injections intra-veineuses, par E. ROUX. (*Ibidem*, p. 479, 1888.) — Action du virus rabique introduit soit dans le tissu cellulaire sous-cutané soit dans les autres tissus, par C. HELMAN. (*Ibidem*, 25 janv.) — Note sur la présence du virus rabique dans les nerfs, par E. ROUX. (*Ibidem*, 25 fév.) — La méthode Pasteur à Varsovie, par BUJWID. (*Ibidem*, avril.) — La nouvelle méthode antirabique de Ferran, par C. BAREGGI. (*Riforma med.*, 20 et 21 fév.) — Sur la résistance du virus rabique, par I. NOVI. (*Riforma med.*, 15 et 17 déc. 1888.) — L'institut antirabique de A. de Giovanni à Padoue, par V. GASPARETTI. (*Riforma med.*, 26 et 27 janv.) — Nouvelles recherches sur la rage ; transmission par les nerfs et les vaisseaux, par DI VESTEA et ZAGARI. (*Giorn. int. di sc. méd.*, n° 2.) — Sur la ptomaïne de la rage, par ANREP. (3e *Cong. des med. russes. St. Pétersbourg.*) — Le traitement antirabique de Pasteur et ses résultats, par OLIVETTI. (*Turin.*) — La rage dans le département de la Seine en 1888 ; rapport du conseil d'hygiène, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. méd.*, 3 mars.) — Un cas de rage ; forme délirante, par HENRI SECRÉTAN. (*Revue médic. Suisse romande,* VIII, 740 et 749.) — Sur un cas de rage survenu le 14e mois après la morsure, par GODLESKI. (*Rev. gén. de clin.*, 21 mars.) — Cas mortel de rage au bout de

16 mois d'incubation, par Harrison Young. (*Brit. med. journ.*, p. 877, oct. 1888.)

Rate. — Hypertrophie de la rate diagnostiquée; myome utérin, par Douglas. (*Americ. journ. of obstet.*, avril.) — Etude médico-légale des ruptures de la rate, par Corre. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, janv.) — Phénomènes observés après l'extirpation de la rate, par Kostiourine. (3e *Cong. des méd. russes. St. Pétersbourg.*) — De la splénectomie, par d'Antona. (6e *Cong. ital. de chir. Bologne.*)

Rectum. — Technique de la résection du rectum, par Levy. (*Cent. f. Chir.*, n° 13.) — Cancer du rectum ; de l'intervention chirurgicale, par Kirmisson. (*Gaz. des hôp.*, 8 janv.)

Réflexe. — Recherches sur quelques phases du phénomène du genou, par Pick. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 3.)

Rein. — Recherches sur les cellules en brosse et leur signification dans le rein normal et pathologique, par Lorenz. (*Zeit. f. klin. Med.*, XV, 5 et 6.) — Disposition anormale du rein et de ses vaisseaux, par Bodkin Mahon. (*Journ. of Anat.*, janv.) — Des abouchements anormaux de l'uretère dans le vagin et la vulve, par Secheyron. (*Archiv. de tocol.*, avril.) — Fonctions du glomérule rénal; contribution à l'étude de l'albuminurie, par Adami. (*Practitioner*, avril.) — Influence du système nerveux sur la fonction rénale, par F. Spallitta. (*Sicilia medica*, p. 81, fév.) — De la fréquence des maladies du rein dans le nord de l'Italie; des principales méthodes de traitement, par Bozzolo. (*Int. Cent. f. d. Phys. d. Harn, sex. Organe*, I, 1.) — Sur une auto-intoxication d'origine rénale avec élévation de la température et dyspnée, par Lépine. (*Lyon méd.*, p. 21, 5 mai.) — Origine des produits inflammatoires du rein dans la maladie de Bright, par Obrzut. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Néphrite chronique granuleuse d'origine arthritique, par Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 déc. 1888.) — Rein d'un malade dans la famille duquel l'albuminurie est héréditaire depuis quatre générations, par Dickinson. (*Pathol. Soc. of London*, 7 mai.) — Néphrite gravidique, par Chopard. (*Thèse de Paris*, 7 fév.) — Sur le mal de Bright et les néphrites, par Laffitte. (*Thèse de Paris*, 9 mai.) — Néphrite avec manifestations maniaques, par Drysdale. (*Brit. med. journ.*, 27 avril.) — De l'hypertrophie et de la régénération compensatrice du rein, par Tuffier. (*Ann. mal. des org. gén.-urin.*, mars.) — Néphrite liée à l'aplasie artérielle, par Besançon. (*Thèse de Paris*, 21 fév.) — Néphrite interstitielle unilatérale causée par la compression de l'uretère et du hile, par Crooke. (*Pathol. Soc. of London*, 16 avril.) — Anurie pendant douze jours, par compression des deux uretères; mort, par Farlow. (*Boston med. journ.*, 4 avril.) — Anurie par calculs engagés dans les deux uretères; guérison par opération, par Ralfe et Godlee. (*Clin. Soc. of London*, 22 fév.) — Le rob de genièvre comme diurétique dans l'anasarque néphritique aiguë chez l'enfant, par Goldschmid. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er décembre 1888.) — Le traitement de la néphrite aiguë et subaiguë, par Delafield. (*Med. News*, 16 mars.) — Un cas d'hydronéphrose intermittente, par Koppe. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 71, 28 janv.) — Pathologie et traitement de l'hydronéphrose congénitale et genèse de l'exstrophie vésicale, par Romer. (*Inaug. Diss. Bâle* 1888.) — Modifications histologiques dans l'hydronéphrose, par Griffiths. (*Path. Soc. of London*, 5 fév.) — Pyonéphrose suppurée communiquant avec un abcès périnéphrétique ; établissement d'une fistule du bassinet, par Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 101, 4 fév.) — Hydronéphrose traitée par l'aspiration, l'incision avec drainage et finalement l'extirpation du rein ; mort,

par PAGE. (*Brit. med. journ.*, 11 mai.) — Fait rare d'hydronéphrose chez une femme de 30 ans. L'urine s'écoule exclusivement par la fistule chirurgicale; la vacuité continue de la vessie semble indiquer un rein unique, par EUGEN COHN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 39, 14 janv.) — Les kystes des reins, par LEJARS. (*Gaz. des hôp.*, 20 avril.) — Deux cas de kystes du tissu graisseux du hile du rein, par RIVALTA. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 1.) — Abcès périrénal avec infiltration du muscle psoas sans troubles de la marche, par PASSALACQUA. (*Progresso med.*, n° 2, 15 janv.) — Abcès sous-capsulaire du rein dans un cas de calcul vésical, par AUDOIN. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 24.) — Epithelioma primitif du rein droit; généralisation aux ganglions voisins. Néphrectomie transpéritonéale, par DUMORET et POUPINEL. (*Bull. Soc. anat.*, p. 39.) — Cancer du rein, par LANCEREAUX. (*Gaz. des hôp.*, 14 fév.) — Sarcome du rein pesant 3 livres; néphrectomie, par HOMANS. (*Boston med. journ.*, p. 167, 14 fév.) — De la palpation des reins sains et malades, par JAMES ISRAEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 125, 18 fév.) — De la palpation du rein, par BROCA. (*Gaz. hebd. de méd.*, 12 avril.) — Sur l'exploration manuelle du rein, par GLÉNARD. (*Gaz. hebd. de méd.*, 22 fév.) — Examen chirurgical du rein, par GUYON. (*Bull. méd.*, 6 mars.) — Plaies du rein, par TUFFIER. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Note sur deux cas de néphrorraphie, par GUYON. (*Bull. acad. de médec.*, 19 fév.) — Du traitement du rein mobile douloureux; de la néphrorraphie expérimentale, par LE CUZIAT. (*Thèse de Paris*, 10 avril.) — Les résultats de la néphrorraphie, par FRANK KUESTER, L. LANDAU. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 38, 14 janv.) — Néphrolithotomie; guérison rapide, par HENDLEY. (*Brit. med. journ.*, 16 mars.) — Quatre cas de néphrolithotomie, par JACOBSON. (*Clin. Soc. of London*, 22 mars.) — Hydronéphrose par calculs; néphrolithotomie; ulcération d'une branche de l'artère rénale; mort d'hémorragie le 7e jour, par STEAVENSON et BUTTER SMITH. (*Ibidem.*) — Néphrectomie lombaire droite pour fistule uretérique et hydronéphrose incomplète avec calculs et suppuration, par LANDI. (*Progresso med.*, 15 mars.) — Vingt-cinq cas de néphrectomie par laparotomie, par THORNTON. (*Royal med. and chir. Soc.*, 9 avril.)

Résection. — De l'opération de Wladimiroff Mikulicz, par SIMON. (*Thèse de Paris*, 8 janv.) — La résection du tarse par le procédé de Wladimiroff Mikulicz, par BROCA. (*Gaz. hebd. de méd.*, 3 mai.) — Modifications des procédés de Pirogoff et de Gritti, par MONTENOVESI. (6e *Cong. ital. de chir. Bologne.*) — Deux résections de la hanche, par NEUDÖRFER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 mars 1888.)

Respiration. — Influence des anesthésiques sur la force des mouvements respiratoires, par LANGLOIS et RICHET. (*Acad. des sc.*, 1er avril.) — Sur un acte réflexe exercé sur la respiration par l'excitation des rameaux cornéens du trijumeau, par GUTTMANN. (*Arch. f. path. Anat.*, CXIII, 2.) — Nouvelles recherches démontrant que la toxicité de l'air expiré ne dépend pas de l'acide carbonique, par BROWN-SÉQUARD. (*Acad. des sc.*, 11 fév.) — Recherches sur les modifications de la respiration sous l'influence du travail musculaire, par SPECK. (*Centrbl. f. d. m. W.*, n° 1.) — De la cause du rythme respiratoire d'après un fait découvert par ROUGET, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de phys.*, n. 1-2, janv.-avril.) — Sur l'extension de l'excitation et de l'inhibition du centre de la déglutition au centre respiratoire, par MAX MARCKWALD. (*Zeitschr. f. Biologie*, XXV, p. 1.) — Les variations respiratoires du rythme du cœur et de la forme du pouls, par WERTHEIMER et MEYER. (*Arch. de phys.*, n. 1-2, janv.-avril.) — De la respiration de Cheyne Stokes, par GIBSON. (*Edinb. med. journ.*, janv.)

Rétine. — La persistance des images rétiniennes au centre et à la périphérie

de la rétine, par A. CHARPENTIER. (*C. R. Soc. biologie*, 21 avril 1888.) — Sur la régénération totale de la rétine chez le triton, par L. GRIFFINI et G. MARCHIO. (*La Riforma medica*, 18 et 21 janv.) — Forme de rétino-choroïdite due à la commotion de l'œil, par HUTCHINSON. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 2 mai.) — Dégénérescence pigmentaire de la rétine, par HIRSHBERG. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, fév.) — Des inflammations suppurées de la rétine, par SCHOBL. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, mars.) — Altérations rétiniennes dans l'alcoolisme chronique, par EDMUNDS et LAWFORD. (*Opht. Soc. of unit. Kingd.*, 15 mars.) — Traitement du décollement de la rétine, par GALEZOWSKI. (*Soc. d'ophtalm.*, 2 avril.) — Décollement de la rétine chez trois générations, par ALT. (*Americ. journ. of opht.,* V, n° 12.) — Phlébite rétinienne primitive, par MULES. (*Ophtalm. Soc. of united Kingdom*, 31 janv.) — Un cas de rétinite hémorragique albuminurique guéri par ADAMUK. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, avril.) — Phlébectasie rétinienne avec rétinite hémorragique, par MICHAELSEN. (*Ibidem*, avril.)

Rhumatisme. — Des méfaits du rhumatisme, par PETER. (*Gaz. des hôp.*, 11 avril.) — Des rapports de la chorée et de la scarlatine avec le rhumatisme aigu, par STRUCK. (*Inaug. Diss. Kiel*, 1887.) — Sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, par A. MONTI. (*Riforma med.*, 5 mars.) — Du rhumatisme de la grossesse, par LABORDERIE. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — Nodules rhumatismaux sous-cutanés, par GARROD. (*Med. Soc. of London,* 25 fév.) — Nodosités rhumatismales, par BERTHET. (*Lyon méd.*, 24 mars.) — De la guérison du rhumatisme articulaire chronique, par TRASTOUR. (*Rev. gén. de clin.*, 28 mars.) — Traitement du rhumatisme, par MACCALL. (*Clin. Soc. of Manchester*, 16 avril.)

Rouget. — Détermination des espèces animales aptes à contracter, par contagion spontanée et par inoculation, la pneumo-entérite infectieuse considérée jusqu'à présent comme une maladie spéciale du porc, par GALTIER. (*Acad. des sc.*, 25 mars.)

Rougeole. — De la rougeole avec rechutes, par ROVIRA Y OLIVAR. (*Cong. int. de méd. Barcelone*, sept. 1888.) — Une anomalie rare de la température dans la rougeole, par F. SCALASE. (*Riv. clin. e terap.*, p. 61, fév.) — Propeptonurie; conséquence de la rougeole, par LOEB. (*Cent. f. klin. Med.* 13 avril.) — Nature et prophylaxie de la broncho-pneumonie des rubéoliques, par GONTIER. (*Thèse de Lyon*, n° 444.) — *Idem*, par BARD. (*Lyon méd.*, 13 janv.)

S

Salivaire (app.). — De quelques rapports anatomiques de la glande sous-maxillaire, par A. RICARD. (*Bull. Soc. anat.*, p. 20.) — Innervation de la glande sous-maxillaire; sur la suspension d'actions nerveuses excito-sécrétoires, par GLEY. (*Arch. de physiol.*, n°s 1-2, janv.-avril.) — Recherches comparatives sur l'action de quelques poisons sur les glandes salivaires, par L. TARULLI. (*La med. contemporanea*, 15 nov. 1888.) — De la salivation nerveuse et de ses relations avec les maladies de l'appareil sexuel, par PEYER. (*Münch. med. Woch.*, 15 janv.) — Calcul salivaire, par PILLIET. (*Bull. Soc. anat.*, p. 69.) — Calcul salivaire, par CLARK. (*Brit. med. journ.*, 27 avril.)

Sang. — Histologie normale du sang, par PETRONE. (*Sperimentale*, janv.) — Sur la mensuration des globules sanguins, règle globulimétrique, par

MALASSEZ. (*Soc. biologie*, 5 janv.) — Modifications qui se produisent dans la composition du sang sous l'influence d'actions nerveuses, par MALASSEZ. (*Ibid.*, 23 fév.) — Sur l'erreur que comporte l'extraction de l'oxygène du sang au moyen de la pompe à mercure, par E. LAMBLING. (*Ibid.*, 2 fév.) — Modifications de la composition du sang d'origine nerveuse, par CH. FÉRÉ. (*Ibid.*, 2 mars.) — Procédé rapide de dosage du fer dans le sang, par LAPICQUE. (*Ibid.*, 2 mars.) — Sur le dosage de la paraglobuline, par E. REALE. (*Riv. clin. e terap.*, février, p. 63.) — Contribution à l'hémodynamique. Technique de la recherche de la pression sanguine, par K. HÜRTLE. (*Arch. für die gesammte Physiol.*, XLIII, p. 399.) — De la coagulation sanguine et de la thrombose, par LÖWIT. (*Prager. med. Woch.*, 13 mars.) — Sur l'action des températures élevées sur le sang et leur influence sur la production de l'hémine, par J. MISURACA. (*Riforma med.*, 2 mars.) — Influence de l'aniline et des toluidines sur la capacité respiratoire du sang et sur la température, par WERTHEIMER et MEYER. (*Soc. biologie*, 5 janv.) — A quel moment une substance dissoute injectée dans l'estomac ou sous la peau apparaît-elle dans le sang, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Soc. biol.*, 28 juillet 1888.) — Note sur quelques expériences qui montrent qu'il n'y a pas de ferment fibrinogène dans le sang en circulation, par J. BERRY HAYCRAFT. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, vol. XXII, janv.) — Des modifications du sang dans les maladies, par LATHAM. (*Brit. med. journ.*, p. 859, oct. 1888.)

Sarcome. — Sarcomes kystiques, par PERRIN et ROGER. (*Arch. de méd. expér.*, n° 3.) — Sarcomatose péritonéale, par A. CASTEX. (*Bull. Soc. anat.*, p. 7.)

Saturnisme. — Encéphalopathie saturnime, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 5 mars.) — Un cas de saturnisme héréditaire, par LEGRAND et WINTER. (*Soc. biologie*, 26 janv.) — Paralysie saturnine, par RIEDER. (*Münch. med. Woch.*, n° 10.)

Scarlatine. — Revue critique du rapport du professeur Brown sur les relations qui existent entre les affections du pis des vaches et la scarlatine chez l'homme. (*Practitioner*, mars.) — Scarlatine expérimentale, résultats négatifs, par PERRET. (*Lyon méd.*, p. 215, 10 fév.) — Étiologie de la scarlatine, par Mme RASKIN. (3e *Cong. des méd. russes, Saint-Pétersbourg.*) — Sur une grave épidémie de scarlatine à Aidone, par V. INGRIA. (*Il Morgagni*, mars.) — Recherches cliniques et expérimentales sur les infections secondaires dans la scarlatine, par RASKIN. (*Cent. f. Bakter.*, V, n° 13.) — Traitement de la scarlatine, par RIA. (*Incurabili*, 15 fév.) — Traitement de la scarlatine par l'iodure de mercure, par PURDY. (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 11 janv.)

Sclérodermie. — Anatomie pathologique de la sclérodermie, par MÉRY. (*Thèse de Paris*, 21 fév.)

Seigle. — Sur un nouveau principe immédiat de l'ergot de seigle, l'ergostérine, par TANRET. (*Acad. des Sc.*, 14 janv.) — Recherches cliniques sur l'emploi de la cornutine en gynécologie et en obstétrique, par THOMSOM. (*Cent. f. Gynæk.*, 16 mars.)

Sens. — De l'influence des excitations du trijumeau ou d'un sens sur les perceptions sensorielles, par URBANTSCHITSCH. (*Bull. méd.*, 9 janv.)

Septicémie. — De la septicémie gangréneuse aiguë, par LABBÉ. (*Semaine méd.*, 20 fév.) — Septicémie intestino-péritonéale, par DOUCET. (*Thèse de Paris*, 16 janv.)

Serpent. — Accidents consécutifs à la morsure d'une vipère à corne, injections hypodermiques de permanganate de potasse, guérison, par Escard. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Étude sur le tiétodon vulnérant du Cambodge, par Salanoue-Spin. (*Thèse de Bordeaux*, 20 fév.) — Empoisonnement par la vipère commune, guérison, par Callias. (*Soc. de méd. prat.*, 11 avril.)

Sommeil. — Le sommeil normal, comme le sommeil hypnotique, est le résultat d'une inhibition de l'activité intellectuelle, par Brown-Séquard. (*Arch. de Phys.*, nos 1-2, janv.-avril.) — Expériences cliniques sur l'insomnie, par Brush. (*Practitioner*, janv.)

Suette. — Étude critique sur quelques points de la suette miliaire, par Thoinot. (*Rev. de méd.*, mars.) — Sur une petite épidémie de suette miliaire à Hallerndorf, par Riedel. (*Münch. med. Woch.*, n° 10.)

Sueur. — De l'épithéliome des glandes sudoripares, par Darier. (*Arch. de méd. expér.*, I, 1.) — Du sulphonal contre les sueurs nocturnes, par Böttnich. (*Therap. Monats.*, mars.)

Suppuration. — De l'étiologie de la suppuration, par Steinhaus (*Zeit. f. Hyg.* V, n° 3.) — Causes et mécanisme de la suppuration, par Roger. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 février.)

Surmenage. — Sur deux cas de surmenage, par Colleville. (*Gaz. hebd. de méd.*, 3 mai.)

Synoviale. — Tuberculose des gaines synoviales, par Golding Bird. (*Path. Soc. of London*, 5 fév.) — De la nature tuberculeuse de la synovite à grains riziformes, par Schwartz. (*Rev. gén. de clin.*, 11 avril.)

Syphilis. — Traité pratique de la syphilis, par Langlebert. (*Paris*, 1888.) — Marche générale de la syphilis, lois d'évolution, par Oltramare. (*Province méd.*, 5 janv.) — De l'infection syphilitique, par Pospelow. (*Viertel., f. Dermat.*, XXI, 1.) — Voies suivies par le contage syphilitique, ses transformations; réflexions thérapeutiques, par Lang. (*Wiener. med. Blätter*, n° 50, 1888.) — L'état actuel de la pathologie vénéréo-syphilitique. (Les agents pathogènes des maladies vénériennes), par I. Tortora. (*Il Morgagni*, mars.) — Présence du bacille syphilitique dans les crachats, par Kamen. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 10.) — Sur la prophylaxie publique de la syphilis dans ses rapports avec la prostitution, par Barduzzi. (*Riforma med.*, 6 et 7 mars.) — Recherches sur la syphilis par allaitement, au point de vue des établissements qui accueillent les enfants trouvés, par Gamberini. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 1.) — Loi de Baumès, par Fournier. (*Bull. méd.*, 27 janv.) — Syphilis bihéréditaire, transmise jusqu'à la 2e génération, par Pippingsköld. (*Finska läkar. handlingar*, XXXI, janv.) — Syphilis par conception, par Fournier. (*Semaine méd.*, 16 janv.) — De la syphilis par conception, par Legendre. (*Thèse de Bordeaux*, 20 février.) — Syphilis héréditaire transmise après 14 ans de syphilis, par Barthélemy. (*Ann. de dermat.*, X, 3, p. 195.) — De l'inaptitude des enfants issus de parents syphilitiques à contracter la syphilis, par Maieff. (3e *Cong. des méd. russes*, *Saint-Pétersbourg*.) — Des manifestations précoces de la syphilis congénitale, par Sevestre. (*Progrès médical.*) — Hérédo-syphilis, surdité, microdontisme, sillon dentaire, kératite interstitielle double, ostéopériostite déformante, par Besnier. (*Ann. de dermat.*, X, 3, p. 215.) — Contribution à l'étude de l'influence de la syphilis sur la grossesse, par Baude. (*Annales de dermatologie*, n° 12, 1888.) — Contribution à l'étude de la syphilis pigmentaire, par Barduzzi. (*Giorn. ital.*

delle mal. vener., n° 4, 1888.) — Virulence des sécrétions normales et pathologiques chez les syphilitiques, par DE FORTUNET. (*Province méd.*, 23 mars.) — Étude des syphilis graves précoces, par BAUDOIN. (*Thèse de Paris*, 27 fév.) — Étude sur la syphilis contractée à un âge avancé, par RENAULT. (*Ann. de dermat.*, X, 3.) — Chancres syphilitiques ou lésions acariennes, par FOURNIER. (*Ann. de dermat.*, X, 3, p. 204.) — Une forme insolite de chancre syphilitique, par SOLARI. (*Semaine méd.*, 9 janv.) — Roséole syphilitique persistant deux années après la sclérose initiale, par BESNIER. (*Ann. de dermat.*, X, 3, p. 197.) — Roséole syphilitique tardive, par FOURNIER. (*Ann. de dermat.*, X, 3, p. 219.) — Chancre infectant de la langue, par VIDAL. (*Ann. de dermat.*, X, 3, p. 213.) — Un cas de chancre primitif de la joue, par ANDERSON. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 5.) — Sur une lésion des cartilages de l'oreille dans la syphilis secondaire, par JULLIEN. (*Ann. de dermat.*, X, 2.) — Chancre syphilitique ulcéreux et œdémateux de la lèvre supérieure; pronostic général des chancres de la lèvre, etc., par BESNIER. (*Ann. de dermat.*, X, n° 2, p. 101.) — Sur l'examen microscopique des cheveux dans l'alopécie syphilitique, par DARIER. (*Ann. de dermat.*, X, 3, p. 198.) — Kératite interstitielle dans la syphilis acquise, par TROUSSEAU. (*Ann. de dermat.*, X, 2.) — Syphilis du poumon et de la plèvre, par WIDAL. (*Gaz. hebd. de méd.*, 3 mai.) — De la syphilis pulmonaire, par RUHEMANN. (*Inaug. diss. Berlin*, 1888.) — Variétés de céphalée syphilitique, leur traitement, par QUINQUAUD. (*Ann. de dermat.*, X, n° 2, p. 115.) — Symptomatologie générale des cerébro-syphiloses, par MAURIAC. (*Gaz. des hôp.*, 26 février.) — Cerveau atrophié et sclérosé, dans un cas d'idiotie syphilitique congénitale, par MONEY. (*Path. Soc. of London*, 29 janv.) — De la syphilis cérébrale, par FISHER, THOMPSON et DANA. (*N. York med. Record.*, p. 23, 5 janv.) — Hémiplégie par syphilis héréditaire, enfant de 3 ans, par SUCKLING. (*Midland med. Soc.*. 20 mars.) — Artériopathies syphilitiques, par MAURIAC. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Les lésions artérielles de la syphilis, par THIBIERGE. (*Gaz. des hôp.*, 21 janv.) — Syphilis du cœur, par MAURIAC. (*Semaine méd.*, 27 mars.) — Sur les néphrites syphilitiques précoces, par BOUKTÉIEFF. (*Thèse de Paris*, 10 janv.) — Foie syphilitique, par PÉCHADRE. (*Lyon méd.*, p. 388, 10 mars.) — Syphilis du foie, par H. RIEDER. (*Münch. med. Woch.*, 8 janv.) — Un cas de syphilis du hile du foie, survenue 28 ans après le chancre, guérison, par R. ALBINI et A. BALBI. (*Riforma med.*, 10 avril.) — De la syphilis de l'intestin, par HAYEM et TISSIER. (*Rev. de méd.*, avril.) — Deux cas de tumeurs syphilitiques des muscles, par BRAMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 120, 11 février.) — Syphilide miliaire lichénoïde et acnéiforme, par HALLOPEAU. (*Ann. de dermat.*, X, n° 2, p. 115.) — Syphilome de la vulve, par NEVINS HYDE. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Syphilide hypertrophique de la vulve, par PETIT. (*Nouv. arch. d'obst.*, janv.) — Chancre phagédénique mutilant de la verge, syphilis secondaire anormale, par BESNIER. (*Ann. de dermat.*, X, 2, p. 103.) — Syphilomes bilatéraux des cordons sans autres lésions de l'appareil génital, fonte spontanée des deux tumeurs, par BERT. (*Ann. de polyclin. Bordeaux*, n° 1.) — Affection syphilitique congénitale des ongles chez un enfant. par PAGET. (*Med. Soc. of London*, 28 janv.) — Un cas d'arthrite suppurée à la période secondaire de la syphilis, par VOPARI. (*Wiener. med. Vochenschrift*, n° 5.) — Contribution aux affections des articulations et des bourses muqueuses dans le cours de la syphilis, par TROST. (*Wiener. med. Vochenschrift*, n° 15.) — Arthropathie syphilitique du genou, par JONATHAN HUTCHINSON. (*Brit. med. journ.*, p. 878, oct. 1888.) — Observation d'hydarthrose syphilitique secondaire, par GOUGET. (*Ann. de dermat.*, X, 3.) — Traitement général de la syphilis, par GAILLETON. (*Province méd.*, 12 janv.) — Importance du traitement de la syphilis, par ZEISLER. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*,

16 mars. — Ablation d'un chancre syphilitique, absence d'accidents constitutionnels, par Loison. (*Arch. de méd. milit.* fév.) — L'ichthyol comme succédané du mercure dans le traitement de la syphilis, par Peroni. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino,* janv.) — Des modes d'administration de l'iodure de potassium dans la syphilis, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 7 mars.) — Association du mercure à l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, par Fournier. (*Gaz. des hôp.,* 16 avril.) — Des injections intra-musculaires de mercure dans la syphilis, par Buckmaster Deale. (*Med. News*, 30 mars.) — Du traitement de la syphilis par des injections de sels de mercure en suspension, par Tchostiakoff. (3e *Cong. des méd. russes*, *Saint-Pétersbourg.*) — Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure, par Fischer. (*Inaug. Diss. Wurtzbourg.*)

T

Tabac. — Sur un cas de délire nicotinique, par Galtier. (*Gaz. des hôp. de Toulouse*, 2 fév.).

Tænia. — Traitement des tænias, par Duchesne, Weber. (*Soc. de méd. pratiq.*, 20 fév.) — Du tænia chez les enfants, par Descroizilles. (*Semaine méd.*, 9 janv.) — Le traitement des tænias, par Potain. (*Union médicale*, 27 janv.)

Teigne. — Épidémie de pelade achromateuse observée à Montpellier, par Coustan. (*Rev. d'hyg.*, IX, p. 555.) — La pelade dans la garnison de Montpellier, par Bourguet. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier*, nº 13, 1887.) — Caractère des cheveux dans la pelade et mécanisme de leur chute (pénétration de l'air dans le bulbe pileux), par Behrend. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 17, 7 janv.) — Les teignes à Marseille, par Fr. Arnaud. (*Marseille médical*, nº 7, 1888, nº 1, 1889.) — Tricophytie érithémateuse circinée, par Besnier. (*Ann. de dermat.*, X, nº 2, p. 111.)

Température. — Sur la question de la localisation dans le cerveau des centres de régularisation thermique et sur l'action de l'antipyrine sur l'organisme des animaux, par Lawadowski. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, nº 8, 1888.) — De l'influence de la température interne sur les convulsions, par Langlois et Richet. (*Arch. de phys.*, nºs 1 et 2, janv.-avril.) — Sur le temps de la réaction des sensations de température, par Alfred Goldscheider. (*Archiv f. Anat. u. Physiol.*, p. 424, 1888.) — Sur le transport de la chaleur dans la peau sous l'influence de la température extérieure, par Franz Goldscheider. (*Ibidem*, p. 511.) — Expériences sur la mort, par Rallière et Richet. (*Soc. de biol.*, 5 mai 1888.)

Tendon. — Des organes céphaloïdes des tendons des oiseaux, par Ranvier. (*Acad. des sc.*, 11 mars.) — Des plaques chondroïdes des tendons des oiseaux, par Ranvier. (*Ibidem*, 4 mars.)

Testicule. — Maladies du testicule et opérations, par Ed. Borck. (*New York med. record,* p. 547, mai 1888.) — Cure radicale de l'hydrocèle, par Sibthorpe. (*Brit. med. journ.*, 23 fév.) — Résultants de la taille de l'hydrocèle, par C. Hertzberg. (*Bruns Mittheilungen aus d. chirurg. klinik zu Tübingen*, t. III.) — Ectopie testiculaire inguinale sous-cutanée avec hernie. Cure radicale et castration. Guérison, par Nicaise. (*Revue de chirurgie*, p. 922, 1888.) — Tumeur graisseuse du scrotum, par Hutchinson

(*Pathol. Soc. of London,* 19 fév.) — Orchite paludéenne primitive comme manifestation hâtive de l'impaludisme, par Malinas. (*Arch. de méd. milit.* mai.) — Testicule tuberculeux; castration; guérison de la plaie; généralisation rapide de la tuberculose, par Granier. (*Ibidem*, mars.) — De la castration dans la tuberculose testiculaire, par Bastide. (*Thèse de Paris,* 28 fév.) — Lymphosarcome des deux testicules, par Hutchinson. (*Pathol. Soc. of London*, 19 fév.) — Deux cas de chute tardive du fil après la ligature en masse du cordon spermatique, par Lenzi. (*Sperimentale*, janv.)

Tétanos. — Note sur le tétanos, par Lécuyer. (*Concours méd.*, 4 mai.) — Recherches bactériologiques sur le tétanos, par G. Tizzoni et J. Cattani. (*Riforma med.,* 12 avril.) — Nouvelle contribution à l'étude bactériologique du tétanos, par Belfanti et Pescarolo. (*Giorn. d. R. Accad. di medic. di Torino*, n° 2, et *Riforma medica,* 26 mars.) — A propos de l'origine du tétanos, par Deligny. (*Soc. de méd. de Paris*, 22 déc. 1888.) — Origine tellurique du tétanos; atténuation du virus tétanique par le passage sur le cobaye, par Bossano. (*Rev. de méd.*, fév.) — De l'étiologie du tétanos et de son origine équine ou tellurique, par Lardier. (*Bull. méd. des Vosges*, janv.) — Du tétanos d'après les données actuelles, par Gratia. (*La Clinique*, 7 fév.) — De la nature infectieuse du tétanos; origine équine, par Michaux. (*Semaine méd.*, 6 fév.) — Le blépharospasme peut-il être un symptôme prémonitoire du tétanos, notamment chez les enfants, par d'Angelo. (*Progresso med.*, 1er fév.) — Tétanos idiopathique; guérison, par Sheen. (*Brit. med. journ.*, 30 mars.) — Du tétanos, par Ayer. (*Pacific med. journ.*, n° 3.) — Tétanos à frigore, par Moreau. (*Poitou méd.*, 1er mars.) — Tétanos aigu; mort; plaie du gros orteil par un clou, par Sturges. (*Lancet*, 3 mars 1888.) — Un cas de tétanos traumatique; injections morphinées; chloral, par Haunhorst. (*Berlin. klin. Woch.,* 20 août 1888.) — Deux cas de tétanos à marche lente guéris par la cautérisation transcurrente sur les côtés du rachis, par Negretto. (*Broch. Milan.*) — Traitement du tétanos par le repos absolu, par E. de Renzi. (*Riv. clin. e terap.*, p. 1, janv.)

Thérapeutique. — Manuel de matière médicale; pharmacie et thérapeutique, par Cuthbert Bowen. (*Philadelphie*, 1888.) — Notes sur le strophantus, par Pope. (*Leicester med. Soc.* 1er fév.) — Action comparée de la strophantine, de la digitaline et de la spartéine sur les contractions du cœur et la pression sanguine. Déduction relative à l'indication respective de ces trois substances comme médicaments cardiaques, par Laborde. (*Soc. biologie*, 23 fév.) — Recherches expérimentales et cliniques sur le strophantus, par Lemoine. (*Bull. méd. du Nord*, janv.) — Les indications et la valeur thérapeutique du strophantus, par Eloy. (*Gaz. hebd. de méd.*, 4 janv.) — Étude botanique et thérapeutique de l'hysténonis Balahuet, par Ballé. (*Thèse de Paris*, 6 fév.) — Le pouvoir diurétique de la caféine associée aux médicaments hypnotiques, par V. Cernello et G. Pecoraro. (*Sicilia medica*, p. 3, janv.) — Les alcaloïdes et les principes immédiats en thérapeutique, par Laborde. (*Bull. acad. de méd.*, 29 janv.) — Recherches expérimentales sur l'influence de l'extrait fluide d'hydrastis sur la circulation, la respiration, les contractions de l'utérus et du vagin, par Heinricius. (*Finska' läkar. Handlingar*, XXXI, fév.) — Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'ural, par G. Poppi. (*Riforma med.*, 6 avril.) — Étude sur le sulfonal, par Danthuille. (*Thèse de Paris,* 21 fév.) — Sur le sulfonal, par Zerner. (*Wiener med. Woch.,* n° 45, 1888.) — Sur l'action du sulfonal dans les maladies mentales, par L. Lojacono. (*Riforma med.,* 11 avril.) — Du sulfonal comme médicament hypnotique, par Salvetat. (*Thèse de Montpellier,* 1888.) — Du sulfonal,

par Bachou et Claret. (*Soc. méd. psychol.*, 28 janv.) — Du sulfonal, par Mairet. (*Bull. méd.*, 24 fév.) — Du sulfonal, par Paul, Huchard, Moutard-Martin. (*Soc. de thérap.*, 9 janv.) — Du sulfonal, par Moutard-Martin. (*Soc. de thérap.*, 27 mars.) — Les médicaments nouveaux : le sulfonal et l'hydrate d'amylène, par Chéron. (*Union médicale*, 24 janv.) — Des dangers du sulfonal, par Marandon de Montyel. (*Soc. méd. psych.*, 25 mars.) — Contribution aux effets du sulfonal, par E. Heinrich Kisch. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 128, 18 fév.) — Valeur de la paraldéhyde comme hypnotique, par Stewart. (*Cardiff med. Soc.*, 4 avril.) — Contribution à l'étude de l'oxygène en thérapeutique, par M. Sacchi et L. Purgotti. (*Il Morgagni*, mars.) — Action de l'iodure de potassium sur l'organisme ; indications et contre-indications, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 19 fév.)— Quelques effets encore inconnus des salicylates, par Gibson et Felkins. (*Practitioner*, janv.) — De l'action de quelques antipyrétiques sur la consommation des substances hydrocarbonées, par Lépine. (*Arch. de méd. expér.*, I, 1). — Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'orthométhyl-acétanilide, par Dujardin-Beaumetz et Bardet. (*Acad. des sc.*, 18 mars.) — L'antipyrine comme hémorragique, par Robinson. (*Rev. gén. de clin.*, 14 mars.) — L'antipyrine est-elle toxique ? par Lépine. (*Semaine méd.*, 20 fév.) — Naphtol B et benzoate de soude dans la fièvre typhoïde ; benzoate de soude dans la diphtérie, par Robin. (*Thèse de Bordeaux*, 22 fév.) — Du baume du Pérou, par Binz. (*Cent. f. klin. Med.*, 13 avril.) — Emulsion oléagineuse de créosote, par Rütimeyer. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er déc. 1888.) — Les principaux emplois de l'ichthyol ; le succinimide et le salicylate de mercure, par Chéron. (*Union médicale*, 1er janv.) — Application de l'iodol au traitement des affections internes, par Dante Cervesato. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 janv. 1889.) — Sur les effets purgatifs des lavements de glycérine et des suppositoires, par Milceff. (*Novosti terapii*, n° 4.) — De l'emploi des lavements de glycérine et des suppositoires, par Polubinsky. (*Vratch*, n° 1.)

Thorax. — Exploration de la poitrine dans l'état normal et dans l'état pathologique, par Smith. (*Philadelphie.*) — Tumeur intra-thoracique, par Allan Gray. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Sarcome intra-thoracique provenant du périoste des côtes chez un garçon de 12 ans, par Shattuck. (*Boston med. journ.*, p. 44, 10 janv.) — Un kyste à cils vibratiles du médiastin antérieur, par H. Stilling. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXIV, 3.) — Fibromyxochondrosarcome costal enlevé pour la troisième fois, par Hahn. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 déc.)

Thrombose. — Signification pathologique des thrombus artériels blancs, par Litten. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 15, 7 janv.)

Thyroïde. — Étude du corps thyroïde, par Defaucamberge. (*Thèse de Paris*, 28 mars.) — Du rôle de suppléance de l'hypophyse cérébrale à l'égard du corps thyroïde chez certains animaux, par Bogowitsch. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 oct. 1888.) — Deux cas de kystes du corps thyroïde, par Duret et Toison. (*Journ. sc. méd. Lille*, 22 fév.) — Observation de tumeurs malignes du corps thyroïde, par Hutchinson. (*Journ. of laryng.*, mars.) — Kyste du corps thyroïde, par Aviraguet. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Une observation de goitre constricteur, par Pollosson. (*Province méd.*, 23 mars.) — Traitement du goitre par la ligature des artères thyroïdiennes, par Rydygier. (*Wien. med. Woch.*, n° 49, 1888.) — Goitre kystique ; thyroïdectomie, par Raymond. (*Journ. Soc. méd. Haute-Vienne*, fév.) — Des kystes du corps thyroïde ; de leur traitement par l'énucléation, par Edouard Schwartz. (*Revue de chirurgie*, p. 988, 1888.) — Enorme goitre kys-

tique à développement rapide; thyroïdectomie; guérison; par Picqué. (*Archiv. de laryngol.*, II, nº 1.) — De l'anémie artificielle par l'extirpation des nodules goitreux, par Bose. (*Cent. f. Chir.*, 5 janv.) — Cachexie strumiprive, par Caselli. (6e *Cong. ital. de chir., Bologne.*) — Les formes frustes du goitre exopthalmique, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 21 mars.) — Nouveaux signes de la maladie de Basedow, par Charcot. (*Bull. méd.*, 3 fév.) — De l'état de l'appareil génital dans la maladie de Basedow, par Kleinwaechter. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XVI, 1.) — Hérédité similaire dans un cas de maladie de Basedow. Disparition du goitre par des injections de teinture d'iode, par Thyssen. (*Progrès médical,* 26 janv.) — Des rapports de l'ataxie locomotrice et du goitre exophthalmique, par Ballet. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 8 fév.) — A propos des rapports de l'ataxie locomotrice et du goitre exophtalmique, par Féréol. (*Ibidem,* 8 fév.) — Des relations du goitre exophthalmique et du tabes, par Barié. (*Ibidem,* 22 fév.)

Torticolis. — Du torticolis, par Kirmisson. (*Bull. méd.,* 20 mars.)

Trachéotomie. — Tuberculose primitive de la trachée, par Valette. (*Thèse de Paris*, 14 fév.) — Ulcération syphilitique de la trachée et des grosses bronches, par Gulliver. (*Pathol. Soc. of London,* 5 mars.) — Fibrosarcome de la partie inférieure de la trachée récidivant 6 ans après l'ablation chez un homme de 35 ans, par Kaufmann et Rud. Meyer-Huni. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 déc. 1888.) — Sarcome de la trachée, par Schnitzler. (*Soc. des méd. de Vienne,* 12 avril.) — Un cas de sténose cicatricielle de la trachée, par Aufrecht. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLIII, p. 293.) — Mort par suite de pénétration de ganglions caséeux dans la trachée, par Ord. (*Lancet*, 5 janv.) — Ganglions caséeux pénétrant dans la trachée, par Gulliver. (*Pathol. Soc. of London,* 19 mars.) — De l'importance de l'âge des opérés sur les résultats de la trachéotomie, par Kahrs. (*Semaine méd.*, 2 janv.) — Nouvel instrument pour la trachéotomie, par Fortunato. (*Morgagni, part.* 2, 6 avril.) — Dangers et inutilité de la trachéotomie en un temps, par H. Dauchez. (*France médicale,* 26 juin 1888.) — Appareil destiné à empêcher la pénétration des poussières dans le fourreau après la trachéotomie, par Balzer. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 fév.) — Accidents opératoires de la trachéotomie, par Artigalas. (*Gaz. hebd. méd., Bordeaux*, 3 mars.) — Causes de la mort pendant l'opération de la trachéotomie, par Dubois. (*Thèse de Paris,* 11 avril.) — La valeur comparée de la trachéotomie précoce et tardive dans les maladies chroniques du larynx, par Lennox Browne. (*Journ. of laryngol.*, avril.) — Trachéotomie pour corps étranger, par Walker. (*Sheffield med. Chir. Soc.*, 14 mars.) — Trachéotomie, ulcération, produite par la canule pénétrant de la trachée dans le tronc brachio-céphalique, par Maylard. (*Glasgow path. clin. Soc.,* 14 janv.)

Transfusion. — De la transfusion péritonéale et de la toxicité variable du sang de chien pour le lapin, par Héricourt et Richet. (*Acad. des sc.*, 25 mars.) — Mécanisme de la mort des lapins transfusés avec le sang du chien, par Hayem. (*Acad. des sc.,* 25 fév.)

Trépanation. — Compression cérébrale; caillot de sang; trépanation; guérison, par Calder. (*Brit. med. j.*, p. 74, 12 janv.) — Trépanation par rupture de l'artère méningée, par Kroenlein. (*Corresp.-Blatt f. sch. Aerzte*, 1er janv.) — Etude critique des méthodes modernes de trépanation du crâne, par Delagénière. (*Gaz. des hôp.,* 27 avril.) — Hémorragie cérébrale traumatique; trépanation; guérison, par Allingham. (*Clin. Soc. of London*, 12 avril.) — Epilepsie traumatique; trépanation, par Lees et

PAGE. (*Ibidem.*) — Le trépan dans les fractures du crâne, par RECLUS. (*Gaz. hebd. de méd.*, 19 avril.)

Tuberculose. — Distribution du bacille de la tuberculose en dehors de l'organisme, par CORNET. (*Zeit. f. Hyg.*, V, p. 191.) — Recherches sur la tuberculose zoogléique, par GRANCHER et LEDOUX. (*Arch. de méd. expér.*, I, n° 2.) — Un cas de tuberculose zoogléique d'origine bovine, par NOCARD et MASSELIN. (*Soc. biologie,* 9 mars.) — Tuberculose microbienne particulière du bœuf, par COURMOU. (*Ibidem,* 9 mars.) — Influence de la transfusion péritonéale du sang de chien sur l'évolution de la tuberculose chez le lapin, par HÉRICOURT et CH. RICHET. (*Ibidem*, 2 mars.) — Sur la culture du bacille de la tuberculose, par MARTIN. (*Arch. de méd. expér.*, I, 1.) — Passage du bacille de Koch dans le pus de séton de sujets tuberculeux. Application au diagnostic de la tuberculose bovine par l'inoculation au cobaye du pus de séton, par PEUCH. (*Acad. des sc.*, 28 janv.) — Le bacille de Koch et son influence pathologique, par PIERCE. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 13 avril.) — Procédé rapide de coloration du bacille tuberculeux dans les liquides et les tissus organiques, par M. HERMAN. (*Ann. Institut Pasteur,* avril.) — Technique pour la recherche du bacille tuberculeux, par BILLINGS. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 30 mars.) — Des rapports entre la tuberculose bovine et humaine, par BRUSH. (*N. York Acad. of med.*, 18 avril. — Rapport du comité départemental sur la pleuro-pneumonie et la tuberculose dans le Royaume-Uni, par RITCHIE. (*Edinb. med. journ.*, janv.) — Deux cas de tuberculose bacillaire congénitale, par E. MALVOZ et L. BROUWIER. (*Ann. Institut Pasteur*, avril.) — La prophylaxie de la phtisie, par SQUIRE. (*Epidem. Soc. of London*, 9 janv.) — De la consomption bacillaire ; nature et traitement à la première période, par DOBELL. (In-8°. *Londres.*) — Sur la tuberculose, par E. DE RENZI. (*Riforma med.*, 19 mars.) — Affection tuberculeuse, dans laquelle l'inversion de la courbe thermique facilita le diagnostic, par FINLAY. (*Clin. Soc. of London*, 22 fév.) — Rétraction de cavernes dans la phtisie avancée, par WILLIAMS. (*Med. Soc. of London,* 15 avril.) — La valeur sémiologique du liséré rouge des gencives de Fredericq et Thompson dans le diagnostic de la phtisie tuberculeuse, par G. STICKER. (*Münchener med. Wochenschr.,* n° 37, 1888.) — Hypertrophie de la rate ; sa valeur diagnostique dans la tuberculose du premier âge, par MÉDAIL. (*Thèse de Paris,* 16 janv.) — Des troubles gastriques chez les phtisiques et de leur traitement, par BARIÉ. (*Rev. gén. de clin.*, 7 mars.) — Tuberculose généralisée. Tubercule des méninges comprimant le cervelet, par DUMUR. (*Journ. de méd., Bordeaux,* 13 janv.) — Ulcérations tuberculeuses de la vulve, du vagin et de la portion vaginale de l'utérus, par ZWEIGBAUM. (*Berl. klin. Woch.,* 28 mai 1888.) — Tuberculose cutanée géante à évolution serpigineuse, par FOURNIER. (*Ann. de Dermat.*, X, 3, p. 195.)— Tuberculose verruqueuse de la peau, par BESNIER. (*Ibidem*, X. 3, p. 220.) — Tubercules anatomiques chez un garçon boucher, par BRAQUEHAYE. (*Ann. de la polyclin. Bordeaux*, n° 1.) — Tuberculose papillomato-crustacée, par BRISSAUD et GILBERT. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 janv.)— Ulcérations multiples, végétantes, de nature probablement tuberculeuse, par COMBY. (*Ann. de Dermat.,* X, n° 2, p. 106.) — Des sels de cuivre dans la tuberculose au 2e degré, par LUTON. (*Rev. gén. de clin.*, 11 avril.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'air chaud, par E. DE RENZI. (*Riv. clinica e terap.,* p. 57, fév.) — L'aniline, l'acide pyrogallique, la benzine, le chlorure de calcium dans le traitement de la phtisie bacillaire, par CH. DE DOMINICIS. (*Riv. clinica e terap.,* p. 3, janv.) — Traitement spécifique de la phtisie pulmonaire par le cuivre, par CHARLIER. (In-8°. *Paris.*) — Lavements gazeux dans la tuberculose, par

Bergeon. (*Lyon méd.*, p. 181, 3 fév.) — La créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par B. Robinson. (*Amer. journ. of méd., sc.*, janv.) — De l'étiologie de la phtisie pulmonaire et laryngée et de leur traitement à toutes les périodes de la maladie, par Libermann. (In-8°, *Paris.*) — De l'influence de certains agents médicamenteux sur le bacille tuberculeux, par H. Mackenzie. (*Edinb. med. journ.*, janv.) — Traitement de la phtisie par les fenêtres ouvertes, par Duchesne. (*Soc. de méd. prat.*, 3 janv.) — Du traitement de la phtisie pulmonaire par les fenêtres ouvertes, par Cazenave de la Roche. (*Rev. gén. de clin.*, 28 mars.) — Sur l'action thérapeutique de l'acide fluorhydrique dans le traitement de la tuberculose, par Gautrelet. (*Journ. de méd., Paris*, 3 mars.) – Traitement des ulcérations tuberculeuses par le naphtol camphré, par Fernet. (*Soc. de thérap.*, 27 fév.)

Tumeur. — Des tumeurs malignes, par Natham Jacobson. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 41.) — Les débris du corps de Wolf et leur rôle dans la pathogénie des tumeurs, par Pillet. (*Trib. méd.*, 14 mars.)

Typhoïde (Fièvre). — Recherches sur le bacille typhique dans le sol, par Grancher et Deschamps. (*Arch. de méd. expér.*, I, 1.) — Du bacille typhique; étude expérimentale et critique, par C. Ali-Cohen. (*Diss. inaug. Groningen*, 1888.) — Le poison de la fièvre typhoïde, par Cyrus Edson. (*New York med. record*, p. 9, janvier) — Le microbe de la fièvre typhoïde, par Legry. (*Arch. gén. de méd.*, janvier) — Les épidémies de typhus pétéchial étudiées à l'hôpital de Kœnigsberg de 1880 à 1882, par Selizer. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 et 24 déc. 1888.) — Epidémie de fièvre typhoïde d'orgine hydrique observée sur la garnison de Vernon, par Cluzan. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — De la contagiosité directe de la fièvre typhoïde, par Lavrand. (*Journ. sc. méd. Lille*, 29 mars.) — Sur la fièvre typhoïde au Sénégal, par Roussin. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — De la fièvre typhoïde, par Hopkins. (*North-Western Lancet*, n° 2.) — Etude sur les ulcérations typhiques du voile du palais et du larynx, par Massucci. (*Rassegna crit. intern. delle mal. del naso*, janv.) — De la forme abortive de la fièvre typhoïde, par Gasiglia. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — Névrite périphérique consécutive à la fièvre typhoïde, par Humphreys. (*Hunterian Soc.*, 27 fév.) — Un cas de typhus abdominal avec complications rares (aphasie, démence, érysipèle), par T. Escherich et R. Fischl. (*Münch. med. Woch.*, n°s 2 et 3, 1888.) — De la mort par paralysie bulbaire au déclin d'une fièvre typhoïde, par Latil. (*Rev. gén. de clin.*, 21 mars.) — Quelques formes de paralysie après la fièvre typhoïde, par Ross. (*Americ. journ. of med. sc.*, janv.) — Sur les vomissements au début de la fièvre typhoïde, par Provost. (*Thèse de Paris*, 11 avril.) — Un cas de fièvre typhoïde anormale, par Jaccoud. (*Gaz. des hôpitaux*, 2 avril.) — Artérite typhoïdique entraînant la gangrène de la jambe; amputation de la cuisse; guérison, par Loring. (*Boston med. journ.*, p. 104, 31 janv.) — Grossesse de 4 mois et demi; fièvre typhoïde; albuminurie massive; éclampsie; traitement par les bains froids; guérison; avortement pendant la convalescence, par Lacour. (*Lyon méd.*, 10 mars.) — Perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde; guérison, par Montanelli. (*Sperimentale*, janv.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par Critzman. (*Gaz. des hôp.*, 13 avril.) — Le traitement de la fièvre typhoïde, par Simon Baruch. (*New York med. record*, p. 175, 16 fév.) — Le bain froid systématique dans la fièvre typhoïde, par Juhel Rénoy. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 janv.) — A propos du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, par Merklen. (*Ibidem*, 11 janv.) — De la méthode de Brand dans la fièvre typhoïde, par Port.

(*Münch. med. Woch.*, 22 janv.) — La fièvre typhoïde à l'hôpital militaire de Munich; traitement par les bains froids, par A. Vogl. (*Leipzig*, 180 p., 1888.) — Les chlorures et les phosphates dans la fièvre typhoïde, par Duprat. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — De l'antipyrine; son action et sa valeur dans la fièvre typhoïde, par Davis. (*New York med. record*, p. 66, 19 janv.)

U

Ulcère. — Ulcère perforant du pied, par Marmaduke Sheild. (*Path. Soc. of London*, 5 mars.)

Urémie. — Morphine contre l'urémie, par Carter. (*Brit. med. journ.*, 27 avril.) — Traitement de certains cas d'urémie par la morphine, par Mackenzie. (*Med. Soc. of London*, 8 avril.)

Urée. — Dosage de l'urée, par Linossier. (*Lyon méd.*, p. 420, 17 mars.) — Méthode pour doser l'urée en pratique, par G. Sehrwald. (*München. med. Wochenschr.*, n° 46, 1888.) — Analyse de l'urée, des sels ammoniacaux et des matières extractives de l'urine, d'après la méthode de Bunsen, chez l'homme sain et chez le fébricitant, par K. Bohland. (*Archiv für die gesammt. Phys.*, XLIII, p. 30.)

Urètre. — Pathologie et thérapeutique chirurgicale de l'urètre et de la vessie, par Gèza v. Antal. (In-8°, *Stuttgart*, 1888.) — De la dilatation de l'urètre chez la femme pour extraire les calculs et corps étrangers de la vessie, par Estrabaud. (*Thèse de Paris*, 31 janv.) — Du prolapsus de la muqueuse de l'urètre par l'orifice du méat chez la femme, par Francis Villar. (*France méd.*, 14 déc. 1888.) — Prolapsus de la muqueuse urétrale chez une petite fille; opération, par Morand et Richard. (*France méd.*, 3 nov. 1888.) — Causes et prophylaxie de la fièvre urétrale, par Bell. (*Montreal med. chir. Soc.*, 11 janvier.) — Urètre double avec atrésie du véritable méat urinaire, par P. Morelli. (*Riv. clinica e terap.*, janv., p. 9.) — Abouchement anormal du rectum dans l'urètre; anus urétral, par Ziegenspeck. (*Arch. für Gyn.*, XXXIV, 3.) — Urétrite survenant chez un convalescent de fièvre typhoïde, par Legrain. (*Ann. mal. des org. urin.*, mai.) — Urétrite membraneuse desquamative, par Pajor. (*Viertel. f. Dermat.*, XXI, 1.) — Fausses routes de l'urètre, par Guyon. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, déc. 1888.) — Fistule urétrale congénitale servant de passage à l'urine et aux matières fécales chez un homme de 54 ans, par Frederick Page. (*Brit. med. journ*, p. 875, oct. 1888.) — Rupture complète de l'urètre par chute sur le périnée. Taille hypogastrique et cathétérisme rétrograde; guérison, par L. Desguin. (*Ann. Soc. de méd. Anvers*, nov. 1888, p. 291.) — Sur une déchirure inexpliquée de l'urètre chez la femme, par Bandl. (*Wiener. med. Blätter*, n° 47, 1888.) — Un cas d'éjaculation sanguinolente chez un homme jeune atteint de rétrécissement pénien de cause inconnue par Pousson. (*Ann. de la Polyclin., Bordeaux*, n° 1.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre, par Mayo Robson. (*Provincial med. journ.*, novembre 1888.) — Rétrécissement de l'urètre, cystite, urétrotomie interne; impossibilité de la miction ne se rétablissant qu'après la disparition de l'inflammation et de l'irritabilité vésicale, par Pousson. (*Ann. de la polyclin., Bordeaux*, n° 1.) — Des rétrécissements de l'urètre, leurs diagnostic et traitement par de nouveaux instruments, par Distin-Maddick. (*Tubingue.*) — Rétrécissement de l'urètre, urétrotomie interne, guérison; calcul

phosphatique, taille hypogastrique, mort, par H. Picard. (*France méd.*, 10 nov. 1888.) — Rétrécissement traumatique de l'urètre, électrolyse linéaire, par Eymer. (*Gaz. des hôp.*, 18 avril.) — Rétrécissement de l'urètre, électrolyse linéaire, par Chapiet. (*Gaz. des hôp.*, 26 février.) — De la valeur thérapeutique de l'électrolyse dans les rétrécissements de l'urètre, par Lavaux. (*Rev. gén. de clin.*, 21 fév.) — Rétrécissement de l'urètre, urétrotomie en 1885, récidive, électrolyse linéaire en 1888, par Fort. (*Gaz. des hôp.*, 29 janv.) — L'urétrotomie interne, par Hartmann. (*Gaz. des hôp.*, 5 janv.) — Etude sur l'urétrotomie externe, par Scharlam. (*Inaug. Diss. Breslau*, 1888.) — Un cas de cancer primitif périurétral chez la femme, par Sester. (*Münch. med. Woch.*, nº 12.) — Epithelioma de l'urètre, par Griffiths. (*Pathol. Soc. of London*, 5 février.)

Urinaires (Voies). — Sur les conditions de réceptivité de l'appareil urinaire à l'invasion microbienne, par Guyon. (*Acad. des Sc.*, 29 avril.) — Comment meurent les malades atteints d'affections des voies urinaires, par Guyon. (*Bull. méd.*, 30 janv.) — Reins des urinaires, par Albarran. (*Thèse de Paris*, 6 fév.) — Traitement des fistules urinaires périnéales et périnéo-scrotales, par Guyon. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, avril.) — Du cancer primitif du méat urinaire chez la femme, par Soullier. (*Thèse de Paris*, 11 avril.)

Urine. — Appareil pour le dosage du mercure dans l'urine, par Cazeneuve. (*Lyon méd.*, p. 565, 14 avril.) — Sur la quantité quotidienne de l'urine chez l'enfant et ses variations, par Herz. (*Wiener. med. Woch.*, nº 44, 1888.) — Sur la fermentation ammoniacale de l'urine, par A. Russo-Giliberti et G. Dolto. (*Sicilia medica*, janvier, p. 97.) — Influence de l'urine et des solutions d'urée sur les mouvements des cils vibratiles et des spermatozoïdes, par Tomasini. (*La medic. contemporanea*, mars 1888.) — A propos de la sédimentation de l'urine dans la vessie, par Edlefsen. (*Arch. f. d. ges. Phys.*, XLIII, p. 314.) — Des rapports de la quantité d'urine avec la fréquence des mictions, par Preyer. (*Int. Cent. f. Phys. d. Harn. sex. organ.*, I, 1.) — Des rapports entre l'action du suc pancréatique sur les substances albuminoïdes et la quantité d'indican dans les urines, par G. Pisenti. (*Arch. per le scienze med.*, XII, nº 5.) — Toxicité de l'urine dans la pneumonie, par Roger et Gaume. (*Rev. de méd.*, avril.) — Substances réductrices de l'urine du cheval et observations sur les causes d'erreur dans la détermination du sucre de l'urine, par Hagemann. (*Arch. für gesammte Physiol.*, XLIII, p. 501.) — Action des injections intraveineuses d'urine sur la calorification, par Bouchard. (*Arch. de Phys.*, nºˢ 1-2, janv.-avril.) — Du poison de l'urine, par Stadthagen. (*Zeit. f. klin. Med.*, XV, 5 et 6.) — L'acide urique, sa physiologie et ses rapports avec les calculs rénaux de la gravelle, par Garrod, traduction de Cazalis. (In-8, 153, p. *Paris.*) — Traitement de la gravelle urique, par Durand-Fardel. (*Soc. de thérap.*, 23 janv.)

Utérus. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus, par Cornil. (In-8°, *Paris.*) — De la disposition des fibres élastiques dans l'utérus gravide et de leur valeur pour expliquer quelques phénomènes de l'accouchement, par Acconci. (*Giorn. d. R. Accad. di med. di Torino*, nº 2.) — Utérus et vagin doubles, par Dunning. (*Journ. of. Americ. med. Assoc.*, 16 mars.) — Contribution à l'anatomie pathologique de la muqueuse utérine, par Landau. (*Arch. für Gynaek.*, XXXIV, 2.) — Catarrhe chronique du col de l'utérus, par Mangin. (*Marseille méd.*, nº 9, 1888.) — De l'endométrite tuberculeuse chronique, par Jouin. (*Soc. obstét. et gyn. de Paris*, 14 mars.) — Diagnostic de la métrite

du col et du cancer, par SCHWARTZ. (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 10 janv.) — Des endométrites infectieuses, rôle des micro-organismes dans la pathogénie des maladies des femmes, par PERAIRE. (*Thèse de Paris*, 11 av.) De la dilatation rapide du col utérin, par ALEX. DUKE. (*Brit. med. journ.*, p. 873, oct. 1888.) — Instrument pour dilater rapidement le col utérin, par W. REID. (*Brit. med. journ.*, p. 872, oct. 1888.) — Du traitement de l'endométrite hémorragique chronique par la thermo-cautérisation intra-utérine, par JASSOUD. (*Thèse de Lyon*, n° 461.) — Accouchement normal chez une femme ayant subi quatre ans auparavant la laparotomie pour une rupture traumatique de l'utérus, par DEUTSCH. (*Centr. für Gyn.*, 6 avril.) — Rupture utérine chez une multipare, par FINGER. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 déc. 1888.) — Un cas de rupture de l'utérus, par A. MATHESON. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Inversion chronique de l'utérus d'origine puerpérale, par E. SALVIA. (*Riforma med.*, 28 mars.) — De la dysménorrhée et de la stérilité, par HALLIDAY CROOM. (*Brit. med. journ.*, p. 870, oct. 1888.) — Inversion utérine, par VINCENT. (*Lyon méd.*, 7 avril.) — Inversion de l'utérus datant de 16 mois, guérison, par NEWMAN. (*Obstet. Soc. London*, 1er mai.) De la rétroflexion utérine, par TILLAUX. (*Ann. de Gynéc.*, janv.) — Du redressement de l'utérus rétrofléchi et de sa fixation à la paroi abdominale, par LEOPOLD. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 96.) — Libération en deux temps des adhérences péritonéales dans la rétroflexion de l'utérus, par S. GOTTSCHALK. (*Centr. für Gyn.*, 19 janv.) — Des indications et des ressources opératoires dans les rétroversions chroniques de l'utérus, par RACOVI CEANO. (*Thèse de Paris*, 3 avril.) — Traitement opératoire de la rétroflexion de l'utérus, par E. BODE. (*Centr. für Gyn.*, 19 janv.) — Le traitement de la rétroflexion utérine et les résultats de la méthode de Ruggi, par E. MICHELI. (*La Riforma med.*, 8 et 9 janv.) — Abaissement de l'utérus amélioré par la grossesse, par GRESLOU. (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 10 janv.) — Pathogénie et traitement du prolapsus utérin, par JOUVE. (*Thèse de Paris*, 25 fév.) — Contribution au traitement du prolapsus utérin, par PAWLIK. (*Centr. für Gyn.*, 30 mars.) — Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort, cloisonnement du vagin, résultats immédiats, conséquences éloignées, par ANDRÉ. (*Thèse de Paris*, 11 avril.) — L'opération d'Alexander, par POTHERAT. (*Gaz. méd. Paris*, 19 janv.) — Sur l'opération d'Alexander dans les déplacements de l'utérus, par BERRUTI. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, janv.) — Raccourcissement des ligaments ronds, modifications du manuel opératoire consistant dans la réunion et la suture des extrémités des ligaments, par DOLÉRIS. (*Gaz. des hôp.*, 19 janv.) — Prolapsus utérin, opération d'Alexander, par NAMMACK. (*N. York med. Record.*, p. 300, mars, 1888.) — *Idem*, par BROWN. (*Ibid.*, p. 240, mars 1888.) — Chute de l'utérus et cystocèle, raccourcissement des ligaments ronds par élytrorrapie, par SEGOND. (*Gaz. des hôp.*, 21 mars.) — Du traitement de la colporrhaphie du prolapsus vésico-utérin, par MONTEILS. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XIV, p. 757.) — Modification à la méthode de Thure Brandt pour le traitement du prolapsus utérin, par F. SIELSKI. (*Centr. für Gyn.*, 26 janvier.) — Résultats de 7 opérations pour la déchirure du col utérus, par BROSE. (*Med. news*, 2 fév.) — De l'opération d'Emmet dans les déchirures du col, par GRAMMATIKATI. (3e *Congrès des méd. russes, Saint-Pétersbourg.*) — Simplification de la suture du col utérin, par HERRICH. (*N. York med. Record*, p. 573, mai 1888.) — De la dilatation progressive de l'utérus au moyen des tentes, par DE LOSTALOT. (*Bull. méd.*, 7 avril.) — La galvano-caustique chimique dans le traitement des maladies de l'utérus et des annexes par BERRUTI. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, janv.) — Du traitement de l'endométrite puerpérale par le curetage, par GRANDIN. (*New York med. Record*, p. 52, janv.) — Traitement des affections du col utérin

par l'emploi de capsules solubles, par SCHWENDENER. (*New-York med. Record*, p. 87, 26 janvier.) — Nouveau procédé pour préparer des tiges antiseptiques de tupelo, par LIACHNITSKI. (*Arch. de tocologie*, janvier.) — Quelques remarques à propos du curetage de l'utérus, par DE TORNERY. (*France méd.*, 27 sept. 1888.) — L'anémone pulsatile dans les affections utérines, par BOVET. (*Soc. de méd. pratique*, 21 mars.) — Efficacité du tamponnement de l'utérus par le procédé Dührssen (gaze iodoformée contre hémorragies puerpérales par atonie), par BECKER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 128, 18 fév.) — Affection utérine traitée par le massage, par LEBLOND. (*Rev. gén. de clin.*, 21 fév.) — Contribution à l'histoire des pessaires, par BERCZELLER. (*Centr. für Gyn.*, 30 mars.) — Massage de l'utérus et de ses annexes, par H. KOPLIK. (*Amer. journ. of obst.*, février. — Irrigation de l'utérus puerpéral; ses avantages et ses dangers, par F.-L. HAYNES. (*Amer. journ. of obst.*, fév.) — Traitement des suppurations des annexes de l'utérus, par H.-J. BOLDT. (*Amer. journ. of obst.*, mars.) — Traitement des maladies utérines par l'électricité, par J.-R. BINST. (*Amer. journ. of. obst.*, mars.) — Pathologie et diagnostic de la salpingite, par CUSHING. (*Boston med. journ.*, 24 janvier, p. 80.) — Étude critique et pathologique sur la maladie des trompes, par KRYSNISKI. (*Iéna*, 274 p., 1888.) — La salpingite interstitielle, par BLANCHE EDWARDS. (*Progrès médical*, 16 fév.) — Note sur un cas d'hydro-salpingite, par APOSTOLI. (*Union méd.*, 28 fév.) — De la salpingo-ovarite et en particulier du développement du plastron abdominal, par TERRILLON. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Hydro-salpyngite avec ovaires cirrhotiques, par GARDNER. (*Montreal med. chir. Soc.*, 11 janv.) — Double pyosalpyngite tuberculeuse, par GARDNER. (*Montreal med. chir. Soc.*, 11 janv.) — Pyosalpyngite avec perforation de la vessie; laparotomie, suture vésicale, guérison, par A. REVERDIN. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 1016.) — Parallèle de la castration utérine et de la castration tubo-ovarienne, par PÉAN. (*Gaz. des hôp.*, 15 janv.) — Salpingite double suppurée, guérie par aspiration, par BOURCHIER NICHOLSON. (*Brit. med. journ.*, p. 933, oct. 1888.)— Oophosalpingectomie dans un cas de troubles nerveux graves, par MAROCCO. (6[e] *Cong. ital. de chir. Bologne.*) — Électrolyse ou laparotomie dans les affections des annexes utérines, par GRANDIN. (*N. York med. Record.*, p. 204, août 1888.) — Ablation simultanée des ovaires et d'un kyste volumineux du ligament large, par MARCHIONNESCHI. (*Ann. di ost. e gin..*, fév.) — Un cas rare d'adéno-myxosarcome du col de l'utérus, par P. MUNDÉ. (*Amer. journ. of obst.*, février.) — Des faux polypes de l'utérus, par M[me] KLASSON. (*Ann. de gynec.*, fév.) — Élimination spontanée des polypes utérins sous l'action de l'électrolyse, par DE LA TORRE. (*Arch. de tocologie*, janv.) — Des myomes et fibromyomes de l'utérus et tumeurs similaires de l'ovaire, par DORAN. (*Trans. of obstet. Soc. London*, XXX, 4, p. 410.) — Sur l'enclavement, la rétroversion et l'étranglement des fibromes utérins dans l'excavation pelvienne, par DUNCAN. (*Trans. of obst. Soc. London*, XXX, 4, p. 435.) — Sur les complications des fibro-myomes de l'utérus, par COFFIN. (*Thèse de Paris*, 20 fév.) — Traitement des fibromes utérins avec hémorragies par BAER. (*Med. news*, 6 avril.) — Fibromes utérins, grossesse, dystocie; mort par rupture d'un foyer ramolli de la tumeur dans le péritoine, par ISCH-WALL. (*Bull. Soc. anat.*, p. 20.) — Fibromyome multiple de l'utérus, laparotomie, hystérectomie partielle, par P. LORETA. (*Riforma med.*, 11 avril.) — Tumeur fibrocystique de l'utérus, hystérectomie abdominale. Péritonite aiguë; mort, par LAMARQUE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 13 janv.) — Extirpation complète de l'utérus et de ses annexes pour tumeur fibrocystique, par PEARCE. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 30 mars.) — Hystérectomie abdominale pour fibrome utérin; guérison, par HOMANS. (*Boston med. journ.*, 24 janv., p. 80.) — Fibrome utérin complètement mobile entraî-

nant, 15 jours après un accouchement à terme, la mort par obstruction intestinale, par HOMANS. (*Boston med. journ.*, 14 fév. p. 265.) — Hystérectomie sus-vaginale pour un fibrome œdémateux, par LE BEC. (*Rev. gén. de clin.*, 4 avril.) — Castration bilatérale pour fibromyome utérin, par P. LORETA. (*Riforma med.*, 20 mars.) — Soixante cas de laparomyomotomie avec remarques sur les méthodes opératoires, par FRITSCH. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 339.) — Nouvelle méthode d'hystéro-myomectomie, par KELLY. (*Americ. journ. of obstet.*, avril.) — Fibrome enclavé, hystérectomie sus-vaginale, par MEREDITH. (*Trans. of obst. Soc. London*, XXX, 4, p. 442.) — Corps fibreux interstitiel de l'utérus, hystérectomie et castration. Poliomyélite antérieure subaiguë consécutive, par THEODOR WALZBERG. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 déc. 1888.) — Traitement opératoire des myomes utérins gangrénés, par O. LINDFORS. (*Centr. für Gyn.*, 9 fév.) — Pronostic de la myomotomie, par LANDAU. (*Centr. für Gyn.*, 16 mars.) — Traitement du pédicule dans la myomectomie, par ZWEIFEL. (In-8°, *Stuttgard*, 1888.) — Du traitement des fibromes utérins, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Rev. gén. de clin.*, 9 mai.) — Du traitement des fibromes utérins par l'intermittence du courant continu, par FAUQUEZ. (In-8°, *Paris*.) — Épithélioma du col utérin, envahissement de la paroi vésico-vaginale; fistule, par E. POTHERAT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 63.) — Du cancer du col utérin et de son traitement par le curage, par VOITURIEZ. (*Journ. sc. méd. Lille*, 4 avril.) — Diagnostic et traitement du cancer utérin, par LANDAU. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 338.) — Le diagnostic précoce du cancer du col utérin, par COE. (*Med. news*, 16 fév.) — Technique de l'hystérectomie vaginale, par HUNTER. (*Med. Soc. of the state of N. York*, 5 fév.) — Sur l'hystérectomie vaginale, par LERICHE. (*Lyon méd.*, 21 avril.) — Hystérectomie vaginale, cancer; guérison, par WINSLOW. (*Med. news*, 12 janv.) — Méthode d'extirpation vaginale de l'utérus, par LIEBMAN. (*Cent. f. Gynaek.*, 13 avril.) — Contribution à l'étude de l'hystérectomie, par ROUFFART. (*Journ. méd. Bruxelles*, 20 mars.) — De l'hystérectomie totale par le vagin dans les cancers du col de l'utérus, par DUCHAMP. (*Lyon méd.*, 14 avril.) — Utérus sarcomateux extirpé par l'hystérectomie, par DUNCAN. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXI, p. 2.) — Quatre observations d'hystérectomie totale par le vagin, guérison opératoire, par DUCHAMP. (*Loire médicale*, 15 février.) — Hystérectomie supra-vaginale, par MONTGOMERY. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 12 janv. p. 63.) — Hystérectomie abdominale pour tumeurs malignes du corps de l'utérus, par TERRILLON. (*Soc. obst. et gynéc. de Paris*, 12 avril.) — Hystérectomie vaginale pour cancer utérin, par WATHEN. (*Buffalo med. journ.*, janv.) — Hystérectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer du col, par BARBAUD. (*Thèse de Paris*, 30 janv.) — Un cas de myocarcinome de l'utérus, par LIEBMAN. (*Centr. für Gyn.*, 27 avril.) — Résultats du traitement chirurgical du cancer utérin, par H. MEYER. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aertze*, 15 déc. 1888.)

Urticaire. — Rougeole survenue chez un enfant atteint d'urticaire pigmentée, par MOREL-LAVALLÉE. (*Annales de Dermat.*, n° 1.) — Du pouls capillaire dans les plaques d'urticaire, par HIRTZ. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 janv.) — Essai sur l'urticaire interne, par CROUSLE. (*Thèse de Paris*, 10 avril.) — Traitement de l'urticaire chronique par l'antipyrine, par NITOT. (*Journ. de méd. Paris*, 10 mars.)

V

Vaccin. — Compte rendu des vaccinations et revaccinations exécutées en 1888, par Renaut. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Note pour servir à l'histoire de la vaccine animale à Bordeaux, par Martin. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 3 mars.) — Anomalies vaccinales, par Commenge. (*Union médicale*, 20 fév.) — Les matières solubles vaccinantes dans le sang des animaux, par Bouchard, Charrin et Ruffer. (*C. R. Soc. biologie*, 16 fév.) — Mécanisme et théorie de l'immunité, par Boulay. (*Gaz. des hôpit.*, 19 janv.) — Immunité et moyen de la développer, par Buchner. (*Münch. med. Woch. journ.*, janv.)

Vagin. — Effets de la glycérine sur la quantité des sécrétions vaginales, par Herman. (*Trans. of obst. Soc. London*, XXX, 4, p. 452.) — Caractères de culture d'une levure de mucus vaginal, par Legrain. (*Soc. biol.*, 26 janv. et *Rev. méd. de l'Est*, n° 3.) — Prolapsus vaginal complet traité par l'occlusion du vagin, absence d'utérus, par Stone. (*Amer. journ. of obstet.*, avril.) — Technique des opérations plastiques sur le vagin et la vulve, par Doléris. (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 12 avril.) — Occlusion congénitale du vagin avec arrêt de développement des organes génitaux internes, par Rymarkiewicz. (*Cent. f. Gyn.*, 2 mars.) — Ulcération produite par le passage d'un corps étranger du vagin dans la vessie, par M. D. Ellison. (*Amer. journ. of obstet.*, février.) — Papillome du vagin, par Marshall. (*Brit. med. journ.*, 19 janv.) — Kystes du vagin, par Kleinwaechter. (*Zeit. f. Geb. und Gyn.*, XVI, 1.)

Vaisseau. — Recherches sur les mouvements des vaisseaux, par Burckhardt. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 3.)

Varice. — Des varices de la saphène interne, par Jeanselme. (*Gaz. des hôp.*, 5 mars.) — Note sur l'opération du varicocèle, par Segond. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, avril.)

Variole. — Sur l'épidémie de variole observée à Pantin en 1887-88, par Edelmann. (*Rev. génér. de clin.*, 21 fév.) — La variole à l'Hôtel-Dieu, par Vinay. (*Lyon médic.*, 10 et 24 fév.) — Quelques considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de la variole qui a sévi épidémiquement en 1888, à Marseille, par M. Coste. (*Marseille médical*, n° 1.) — Etiologie de la variole, par Hofmann. (*Prager med. Wochens.*, n° 10.) — Variole. Rash érysipélateux confluent post-éruptif. Guérison, par Gigon. (*Bull. Soc. méd. Angers*, p. 82, 1888.) — Traitement de la variole et de la varioloïde par le chlorh. de cocaïne, par Ory. (*Rev. génér. de clin.*, 28 fév.) — Traitement de la variole par l'acide phénique, par A. Montefusco. (*Bull. génér. de thérap.*, 15 juillet 1888.) — Traitement de la variole, par Bonamy. (*Bull. génér. de thérap.*, 30 oct. 1888.)

Veine. — Valvules des veines de l'intestin, par Bryant. (*Boston med. journ.*, 25 oct. 1888.)

Vessie. — Un cas d'absence de la vessie, par J.-T. Winter. (*Amer. Journ. of obstet.*, avril.) — Exploration de la vessie, par Brokaw. (*Intern. journ. of surg.*, janv.) — L'endoscopie à Vienne, par Raymond. (*Ann. mal. des org. génit. urin.*, décembre 1888.) — De la cystoscopie ou endoscopie vésicale, par Broca. (*Gaz. hebd. de méd.*, 15 mars et *Ann. mal. des org. gén.*

urin., mars.) — De l'endoscopie de l'urètre et de la cytoscopie, par Werhoogen. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 20 mars.) — Le cathétérisme des uretères, par Heydenreich. (*Semaine médicale*, 13 fév.) — De l'évacuation de la vessie par expression manuelle, par Jesos Chiro (réclamation de priorité). (*Berlin. klin. Woch.*, p. 57, 21 janv.) — Traitement du catarrhe vésical, par Fort. (*Bull. génér. de thérap.*, 30 juillet 1888.) — Sur un cas de cystite tuberculeuse traitée par la taille hypogastrique, le raclage et la cautérisation, par Reverdin. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, mai.) — Dangers du traitement des cystites douloureuses par les piqûres de morphine, par Lavaux. (*Soc. de méd. prat.*, 17 janv.)—Cystocèle inguinale, cure radicale, par Delagénière. (*Bull. Soc. anat.*, p. 64.) — Colporraphie antérieure pour cystocèle vaginale, par Tillaux. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Volumineux calcul vésical, taille hypogastrique, par Lecerf. (*Bull. médic. du Nord*, janv.) — Calcul vésical, par Butruille. (*Bull. méd. du Nord*, janvier.) — Extirpation de deux calculs de cystine de la vessie, par Charsley. (*Brit. med. journ.*, 11 mai.) — Canule d'irrigateur Eguisier dans la vessie. Extraction par les voies naturelles; éruption quinique, par Nicaise. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 711.)— Taille sus-pubienne, par Roddick. (*Montreal med. chir. Soc.*, 11 janv.) — De quelques applications de la cystotomie sus-pubiennë, par Coppens. (*Bull. méd. du Nord*, fév.) — Taille sus-pubienne chez un enfant, réunion primitive de la plaie sans suture de la vessie, par Page. (*Brit. med. journ.*, 19 janv.) — Sur l'histoire de la taille sus-pubienne, par Dittel. (*Wiener med. Woch.*, n° 43, 1888.) — Une indication de la taille hypogastrique, par Bazy. (*Gaz. des hôp.*, 26 mars.) — Contribution au perfectionnement de la taille hypogastrique, par Galvani. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 750.) — Plaies de la vessie, par Fiorani. (*Milan*, 1888.) — Rupture de la vessie, par D. Mollière. (*Lyon médic.*, 10 mars.) — La résection du pubis pour faciliter l'accès de la vessie, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 9 janv.) — Valeur de l'intervention chirurgicale dans le traitement des tumeurs de la vessie, par Pousson. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, mars.) — Sarcome de la vessie, taille sus-pubienne, mort, par Golding Bird. (*Brit. med. journ.*, p. 17, 5 janv.) — De l'extirpation des tumeurs de la vessie, par Bazy. (*Bull. médic.*, 16 janv.) — Tumeurs de la vessie; broncho-pneumonie intercurrente, mort, par Lamarque. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 6 janv.) — De la résection de la vessie, par G. Passerini. (*Il Morgagni*, fév.) — Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie, par Pousson. (In-8°, 160 p., *Paris*.)

Vision.— Influence des lésions corticales sur la vue, par Lannegrace. (*Arch. de méd. expér.*, I, 1 et 2.) — Recherches sur la fonction visuelle de la rétine et du cerveau, par Angelucci. (*Rev. d'opht.*, III, n° 1.)

Vomissement. — Considérations sur la pathogénie du vomissement et spécialement du vomissement dans les maladies à toux quinteuse, par Sejournet. (*France médicale*, 1er nov. 1888.)

X-Z

Xanthome. Un cas rare de xanthome tubéreux, par A. Carini. (*Sicilia med.*, p. 103, fév.)

Zona. — Zona traumatique paradoxal, ecthyma furonculeux secondaire, par Besnier. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 2, p. 109.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Zur Kenntniss der Spinalganglienzellen beim Säugethier (Sur la connaissance des cellules ganglionnaires spinales chez les mammifères), par **DAAE** (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXXI*, 12 *p.*, 2 *pl.*).

Les recherches faites par Wagner sur les cellules nerveuses des ganglions spinaux, au sujet du nombre et des dispositions de leurs prolongements, l'avaient conduit à cette proposition que les cellules nerveuses des poissons sont bipolaires, tandis que celles des autres vertébrés n'offrent qu'un seul prolongement. De nouvelles études vinrent bientôt modifier cette manière de voir, en montrant que les cellules apparemment unipolaires des vertébrés supérieurs sont, en réalité, bipolaires comme celles des poissons, et n'en diffèrent qu'en ce que chez ceux-ci les deux prolongements naissent de la cellule en des points opposés, d'où bipolarité évidente, tandis que chez les autres vertébrés, leurs points d'émergence sont très rapprochés au point d'être confondus, d'où unipolarité apparente.

Les dispositions sont, suivant Daae, beaucoup plus compliquées que ce schéma ne l'indique. Les cellules ganglionnaires du cheval sont unipolaires en ce sens que chaque cellule est appendue à une seule grosse fibre nerveuse qui représente son prolongement. Mais ce n'est que dans certaines cellules que ce prolongement aborde directement et sans se diviser la substance cellulaire. Le plus souvent il se divise, à l'intérieur de la capsule de la cellule ou même alors qu'il est encore en dehors d'elle, en plusieurs fibres à myéline, qui peuvent se ramifier elles-mêmes et leurs rameaux s'anastomoser en un réseau en se contournant en divers sens. L'auteur nomme « Faserknäuel » (peloton de fibres) cette arborisation. De ce peloton naissent des fibres terminales ou plutôt initiales, que l'auteur appelle fibres d'origine « Ursprungsfasern », et qui se mettent en connexion avec le corps cellulaire, sans que l'auteur ait

pu reconnaître la façon dont cette continuité s'établit. Il résulte de là que les fibres d'origine étant toujours au moins au nombre de deux, et le plus souvent multiples, les cellules ganglionnaires spinales du cheval doivent être considérées comme au moins bipolaires et le plus souvent multipolaires, bien qu'on puisse croire, à les voir se prolonger en une grosse fibre unique, qu'elles sont unipolaires. A. PRENANT.

Relation of the central nervous system to the alimentary canal (Relations embryogéniques du système nerveux central et du canal digestif), par Bland SUTTON (*Brain*, *p.* 429, 1888).

L'auteur arrive à cette conclusion que la moelle et le cerveau des vertébrés se développent au milieu d'un blastème qui est primordialement une section du canal alimentaire. Il s'appuie sur les arguments suivants :

1° Continuité originelle du tube digestif et du névraxe;

2° Similitude de leur mode de développement;

3° Relations des ganglions latéraux sympathiques par rapport aux parois de l'intestin, et de la substance grise par rapport à la moelle;

4° Analogie de protection des deux systèmes par une séreuse, l'arachnoïde et le péritoine;

5° Accroissement du calibre de la moelle à mesure que l'on descend l'échelle des vertébrés;

6° Association des malformations du tube digestif avec certaines anomalies de la moelle, le syringo-myélocèle et le syringo-méningocèle, par exemple. H. R.

Nouvelles recherches sur la constitution cellulaire de la fibre nerveuse, par GEDOELST (*La Cellule*, *t. V*, *fasc.* 1, 1889).

1° L'élément réticulé que Gedoelst avait décrit antérieurement (*v. R. S. M.*, XXXI, 2) dans la gaine de myéline des batraciens, oiseaux et mammifères se retrouve dans celle des poissons et des reptiles, en employant des méthodes nouvelles (acide osmique et alcool ou nitrate d'Ag). Le réseau est préformé, et ne résulte nullement de l'action des réactifs. Les incisures obliques ont attiré particulièrement l'attention de l'auteur. Elles ne sont point des solutions de continuité complètes dans la gaine de myéline; mais elles sont traversées par des filaments ou ponts qui ne sont autre chose que des trabécules du réseau protoplasmique, nulle part interrompu, dont la gaine médullaire est charpentée. On peut assister à la formation des incisures; il y existe en effet une substance gélifiable et destructible par l'eau, qui disparaît en laissant des vacuoles entre lesquelles on aperçoit les trabécules précitées. L'auteur n'a pu reproduire au niveau des incisures, l'image des « entonnoirs-spirales » de Rezzonico et Golgi, non plus que celle des « membranes diaphragmatiques » de Boveri.

2° Etudiés à l'aide de l'acide osmique ou du nitrate d'argent en solutions faibles, les étranglements annulaires offrent des détails de structure intéressants. Avec l'acide osmique, on voit que l'étranglement présente une strie transversale obscure qui se termine sur la membrane de Schwann en s'étalant et s'épaississant, ou bien en se dédoublant en deux feuillets ; cette strie est l'expression optique d'une plaque. La strie

n'est pas homogène, mais constituée de granules juxtaposés ; ces granules sont des épaississements des fibrilles du cylindre d'axe. Ainsi constituée, la strie peut être double ou simple. Sur des préparations au nitrate d'Ag, la barre transversale de la croix latine n'est pas simple, mais divisée en deux par une bande blanche plus ou moins épaisse, traversée par les fibrilles du cylindre d'axe. Les détails observés à l'aide de l'acide osmique sont reproduits par le nitrate d'Ag.

La plaque qui siège au niveau de l'étranglement est une membrane cellulaire. Quels sont ses rapports : avec le cylindre d'axe, avec la membrane de Schwann. Elle est en continuité parfaite avec les fibrilles du cylindre d'axe, épaissies à son niveau, et qui par son intermédiaire se continuent d'un segment interannulaire au segment suivant. La gaine de Schwann, d'autre part, adhère intimement aux plaques transversales auxquelles elle donne insertion; elle n'est donc pas interrompue au niveau des étranglements annulaires.

L'auteur termine en faisant observer qu'il n'a rien vu d'absolument semblable au renflement biconique de Ranvier, auquel il est disposé à ne pas accorder de signification importante. A. PRENANT.

Ueber den Bau des Säugethiergehirns (Sur la structure du cerveau des mammifères), par JELGERSMA (*Morphol. Jahrbuch*, *Band XV*, *Heft* 1, 1889).

1° Dans une précédente note, l'auteur a montré que dans la moelle allongée et à la base du cerveau de l'homme, se trouve un système de trajets nerveux et de ganglions par lesquels le cerveau se relie au cervelet. Ces trajets se succèdent dans l'ordre suivant : cerveau, capsule interne, pied du pédoncule cérébral, pont de Varole et noyau olivaire, entrecroisement en un raphé, « bras du pont » ou corps restiforme, cervelet; du cervelet au cerveau les trajets sont représentés par le corps dentelé, le pédoncule cérébelleux, et après entrecroisement le « noyau rouge », la capsule interne ou la couche optique, le cerveau. Ces voies nerveuses ont été établies par l'étude de dégénérescences dans les affections chroniques.

L'importance de ce système de trajets cérébraux, dont l'un des aboutissants est à l'écorce cérébrale, tandis que l'autre est aux hémisphères cérébelleux, est proportionnelle au développement de l'écorce cérébrale. Dans la classe des mammifères, le développement de ce système commissural dépend, ainsi que l'auteur le montre par des exemples, du degré de l'organisation cérébrale, et donne la mesure exacte de cette organisation mieux que ne pourraient le faire les considérations habituelles, tirées de l'écorce du cerveau.

On a tout lieu de penser que ces trajets nerveux représentent les voies de la transmission intellectuelle.

2° L'auteur s'occupe ensuite du mode de production et de la signification des circonvolutions. Elles sont indépendantes de la croissance du crâne; car elles pourraient se développer en l'absence de toute boîte cranienne osseuse; elles ne dépendent pas davantage du trajet des vaisseaux. La formation de circonvolutions et de scissures est tout simplement le résultat de la tendance qu'ont les couches superficielles, c'est-à-dire l'écorce cérébrale, à s'étendre, et de l'adaptation réciproque de la

substance grise périphérique aux trajets blancs centraux. Ces dispositions sont des plus évidentes sur le cervelet. L'auteur voit dans cette théorie le grand avantage de pouvoir expliquer (ce que ne peuvent faire les autres) la formation des circonvolutions cérébelleuses tout aussi bien que de celles du cerveau. A. PRENANT.

Contributo alla istogenesi del midollo spinale nel pollo ; la moltiplicazione cellulare nel tubo midollare, par P. LACHI (*Atti e rendiconti della Accad. med.-chirurg. di Perugia, fasc.* 1, 1889).

La multiplication cellulaire dans le tube médullaire du poulet se fait par scission indirecte ; elle est plus active dans les lames latérales que dans les lames antérieure et postérieure ; les figures de karyokinèse s'observent exclusivement dans la couche qui limite la cavité centrale ; l'axe de direction de la mitose est tangent à la paroi de la cavité centrale et parallèle à l'axe antéro-postérieur ou à l'axe vertical ; les éléments nouveaux compriment et refoulent les anciens dans une direction centrifuge, de là résulte la disposition radiée des éléments qui composent les diverses couches du tube médullaire ; les figures de mitose à direction antéro-postérieure produisent l'augmentation de la dimension de la moelle dans ce sens ; celles à direction verticale, augmentent sa longueur, et elles contribuent toutes à accroître son épaisseur. GEORGES THIBIERGE.

Entwickelungsgeschichte des Herzens und der Körperhöhlen (Développement du cœur et des cavités du corps), par STRAHL et CARIUS (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 3-4, 1889).

1° Aussi bien chez l'embryon des mammifères que chez celui des sauropsidés, les diverses parties de la cavité générale de l'embryon et le cœlome extraembryonnaire forment temporairement un espace continu. Chez les sauropsidés c'est là une disposition primitive ; cet état est au contraire secondaire chez les mammifères.

2° La cavité antérieure du corps chez les mammifères ne donnera pas que la future cavité péricardique, mais encore au moins la partie supérieure de la cavité pleurale ; c'est ce qui résulte de la constatation de la situation en pleine cavité pariétale du mesocardium laterale, cette cloison qui sépare la cavité péricardique de la cavité pleuro-péritonéale.

3° Chez les divers mammifères il existe de notables différences dans la façon dont se forment le cœur et la paroi du corps dans la région cardiaque. La formation de la paroi du corps est en rapport avec la constitution de l'amnios.

4° Les différences qui existent entre le cobaye et le lapin relativement à la formation du cœur et à sa situation par rapport au tube intestinal, tiennent à la longueur variable des parties rétro et précardique de la plaque ventrale de la cavité pariétale. A. PRENANT.

Ueber die Histogenese der Retina und des Nervus opticus, par FALCHI (*Arch. f. ophtalm. XXXIV*, 2).

Après un historique complet de tous les travaux parus sur la question, l'auteur explique, avec l'aide de trois planches annexées au travail, l'histogenèse e la rétine et du nerf optique impossible à résumer ; il

étudie avec soin le processus karyokinétique des cellules rétiniennes, qui cesse aussitôt que les bâtonnets commencent à se développer. Le développement des cônes et des bâtonnets se fait plus tard que celui de toutes les autres couches (chez les lapins non moins de 7 jours après la naissance). Pour ce qui est de l'histogenèse du nerf optique, l'auteur soutient que les cellules de la queue du bourgeon oculaire secondaire ne contribuent qu'à la formation du tissu de soutien du nerf, en même temps qu'aux dépens de cellules provenant du mésoderme qui entoure cette queue, tandis que les fibres nerveuses proviennent directement du cerveau. L'opinion de Müller, qui prétend que les fibres nerveuses sont formées par les cellules ganglionnaires de la rétine, tombe d'elle-même, puisqu'elles existent avant ces dernières. ROHMER.

Ueber ein Bauverhältniss des Irisumfanges beim Menschen (Histologie de la périphérie de l'iris chez l'homme), par EWING (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXIV*, *Abth.* 3).

Dans la région située entre les tendons du muscle ciliaire et la surface postérieure de l'iris, l'auteur a trouvé des paquets de faisceaux conjonctifs, agencés d'une certaine façon, et sur lesquels on n'avait pas encore jusqu'alors attiré l'attention ; il les décrit, parce qu'il leur croit des rapports étroits avec la question si discutée de la dilatation de la pupille. Pour lui, ces faisceaux proviendraient en partie du tissu relâché et effilé du bord cornéen qui touche à la membrane de Descemet et qui sert de tendon au muscle ciliaire, en partie du tissu fibrillaire qui enveloppe les fibres circulaires du muscle de Müller. Ces faisceaux de tissu fibrillaire ne se trouvent qu'au-dessus des plis du corps ciliaire, tandis qu'ils font défaut au-dessus des procès ciliaires. Ils se rendent obliquement en arrière et vers le centre de l'iris, en s'attachant à la surface antérieure de la limitante postérieure de l'iris et en se confondant avec la partie antérieure fibrillaire de cette membrane.

D'après ses préparations, l'auteur pense qu'il y a une connexion entre les fibres musculaires radiées et les faisceaux de tissu conjonctif, mais sans pouvoir encore la démontrer. Il croit que ces fibres jouent un rôle mécanique direct dans la dilatation de la pupille. ROHMER.

Beitrag zur Kenntniss des Glaskörper-Gewebes (Contribution à l'étude du tissu du corps vitré), par STRAUB (*Arch. f. Ophtalmol.*, *XXXIV*, 3).

Dans ses recherches microscopiques sur des yeux durcis, l'auteur a retrouvé dans le corps vitré les faisceaux que Brücke et Hannover avaient déjà vus il y a 40 ans dans les yeux de divers mammifères, et qui, depuis, ont été mis en doute. Le liquide de Müller, après 6 mois d'imbibition et de l'alcool à 60°, peuvent servir à faire voir ces fibres ; mais le mieux est encore de durcir l'œil dans le liquide de Spronck qui est composé de : acide chromique, 0,5 ; glycérine, 25 et alcool à 60°, 150. L'auteur a pu constater qu'il existe une membrane limitante hyaloïdienne, qui est formée comme le corps vitré lui-même, d'un grand nombre d'enveloppes concentriques. Ces membranes ne se rattachent à la rétine que par deux points : 1° autour du disque du nerf optique, et 2° à l'ora serrata. Cette dernière connexion est beaucoup plus solide que l'autre.

On peut donc admettre une membrane hyaloïdienne antérieure et une postérieure, celle-ci située derrière l'ora serrata.

Les membranes qui composent le corps vitré proprement dit proviennent de même, pour la plupart, de l'ora serrata. Chez l'homme, on trouve 8 à 10 membranes épaisses de 1 à 2 millim. chacune, qui partent de l'ora serrata, tandis que 3 ou 4 autres se détachent de l'hyaloïde antérieure Entre ces membranes plus épaisses, on en trouve beaucoup d'autres plus minces. Toutes ces membranes se divisent, en s'éloignant de l'ora serrata, en d'autres plus fines, qui l'anastomosent et qui cloisonnent ainsi la masse du corps vitré en beaucoup de petits espaces. L'auteur n'a pu constater d'endothélium sur ces différentes membranes ; il pense qu'il faut distinguer ces diverses membranes de l'humeur vitrée elle-même, renfermée dans les espaces cloisonnés qu'elles délimitent.

Quand le corps vitré se décolle de la rétine, le décollement se fait en forme d'entonnoir, si l'hyaloïde est elle-même entraînée, et en forme de sac, si l'hyaloïde reste en place. ROHMER.

Zur Entwickelungsgeschichte des Thränennasenganges beim Menschen (Contribution à l'histoire du développement des voies lacrymales chez l'homme), par EWETZKY (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXIV*, 1).

Chez les embryons des bêtes à cornes, le canal lacrymal se développe très tôt ; on en trouve déjà les premières traces chez des embryons de 2 centimètres de long. Il débute au niveau du plancher de la fossette lacrymale, dont l'épithélium se met à proliférer, et forme un cordon épithélial se reliant d'une part avec la conjonctive, et se dirigeant, d'autre part, vers les fosses nasales. Puis le centre de ce cordon disparaît et se change en canal; celui-ci commence d'abord dans les canalicules, puis seulement apparaît dans le canal nasal lui-même.

Chez l'homme, Ewetzky n'a trouvé encore aucune trace des voies lacrymales sur un embryon de cinq semaines, mesurant 9 millimètres de long; seule, la fossette lacrymale existait. Sur un autre embryon un peu plus âgé, on pouvait déjà voir partir du plancher de sa fossette lacrymale, un petit noyau d'épithélium s'enfonçant dans la profondeur des tissus. Plus tard, à 5 mois et demi, le noyau épithélial a déjà de plus grandes dimensions, mais sans différence notable avec l'aspect précédent.

Enfin, chez un embryon de 42 millimètres de long, l'aspect du canal lacrymal était absolument celui décrit plus haut chez les bêtes à cornes; il était formé par un canal tapissé par des cellules épithéliales de deux types différents : à la périphérie une rangée de cellules cylindriques, puis des cellules rondes et polygonales. ROHMER.

Ueber das Wachsthum des Unterkiefers (Sur l'accroissement du maxillaire inférieur), par Julius WOLFF (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXIV*, *Heft* 3).

Les mensurations ont montré à Wolff que la mâchoire supérieure de l'homme s'accroît en longueur et augmente sa courbure dans sa portion moyenne. Le fait est moins prononcé pour la mâchoire inferieure. La partie osseuse qui renferme les dents molaires diminue de dimensions,

pendant la croissance, chez la chèvre et le bœuf, tandis qu'elle augmente sur le lapin. L'espace qui contient les incisives semble s'élargir sur tous les animaux; il paraît donc que l'âge amène une atrophie sénile de la portion des maxillaires correspondant aux dents molaires.

Le maxillaire inférieur grandit-il par apposition ou par accroissement interstitiel ? A cet effet, Wolff a fait 42 expériences sur des chevreaux et sur des jeunes lapins en fixant deux fils d'argent de fort calibre, l'un dans la partie incisive du maxillaire, l'autre dans la branche montante, et en nouant les deux bouts du fil. Après avoir sacrifié les chèvres au bout de 63 jours environ, et les lapins au bout de 207 jours, les anses des deux fils s'étaient éloignées sur la chèvre de 9 à 10 millimètres, et sur le lapin de 7 à 9 millimètres.

L'anse du fil postérieur se trouvait, après ce laps de temps, à la même distance du bord postérieur de la branche montante. Il n'y a pas eu, par suite, d'apposition de substance osseuse sur ce bord. Il ne s'agit pas là de processus pathologique, puisque la moitié opérée du maxillaire était de tous points semblable à l'autre moitié. L'accroissement de cet os se fait ainsi en partie aux dépens de la branche montante, mais il a lieu surtout dans sa portion buccale et incisive. C'est donc au niveau des dernières molaires qu'il se fait une sorte d'expansion de l'os, comme si ces dents en pénétrant dans la mâchoire éloignaient violemment les molaires antérieures de la branche montante.

Ces faits s'accordent peu avec la théorie de l'accroissement de l'os par apposition et par résorption. Les lamelles osseuses ne se comportent pas comme des travées inertes et passives : une fois formées, elles seraient le siège d'un travail très actif d'expansion en tous sens. Cette manière de voir rendrait bien compte des phénomènes nutritifs de l'os normal et des troubles pathologiques qui l'affectent si fréquemment.

ED. RETTERER.

Beiträge zur Entwickelungsgeschichte des Venen-systems der Amnioten (Contribution à l'histoire du développement du systéme veineux chez les ammiotes), par HOCHSTETTER (*Morphol. Jahrb., Bd. XIV, H.* 4, 1888).

L'auteur s'occupe ici du développement des principales veines chez l'embryon de poulet. Ses données à ce sujet diffèrent passablement des descriptions classiques. Les veines omphalo-mésentériques s'unissent en avant en un tronc unique que l'auteur nomme « ductus venosus » (meatus venosus de Balfour), qui n'a rien de commun avec le conduit veineux d'Arantius chez les Mammifères. Les relations des veines omphalo-mésentériques et du conduit veineux avec l'intestin sont très particulières. Les veines omphalo-mésentériques s'anastomosent en arrière de l'ébauche du pancréas, au-dessus de l'aditus anterior, de manière à former un anneau veineux à travers lequel passe l'intestin. Cet anneau ne tarde pas à disparaître, par suite de l'atrophie de la partie de la veine gauche qui entrait dans sa constitution. Mais bientôt aussi les deux veines omphalo-mésentériques s'accolant et se confondant sur une certaine étendue, il se forme un deuxième anneau veineux autour de l'intestin ; ce second cercle veineux n'a aussi qu'une existence transitoire, car la portion droite qui contribue à le constituer disparaît de bonne heure.

L'auteur signale l'existence de deux veines s'ouvrant à droite et à gauche dans les omphalo-mésentériques, à l'endroit où celles-ci abordent l'embryon ; ces veines, courant parallèlement à l'axe du corps de l'embryon, de chaque côté de la gouttière, proviennent en arrière d'un tronc unique et médian qui, par deux anastomoses, est en relation avec les vaisseaux allantoïdiens ; elles disparaissent vers la centième heure de l'incubation.

Les veines ombilicales se jettent dans les conduits de Cuvier, près de l'embouchure de ces derniers dans le sinus veineux. Vers la trentième heure de l'incubation, l'extrémité antérieure de la veine gauche se divise en plusieurs rameaux, dont un ou deux aboutissent au conduit de Cuvier, tandis qu'un autre s'unit au réseau vasculaire du lobe gauche du foie. On sait qu'ensuite la veine gauche seule persiste, celle du côté droit s'étant atrophiée ; la veine ombilicale persistante se place sur la ligne médiane, s'enfonce entre les deux lobes du foie, et s'ouvre avec la veine hépatique gauche dans le conduit veineux, comme l'avait vu Rathke. La veine ombilicale ne disparaît pas complètement lors de l'établissement de la respiration pulmonaire, mais demeure en partie sous forme d'une veine placée dans le fond du sillon médian du foie, et qui reçoit le sang du tissu sous-cutané de la paroi abdominale.

L'auteur termine par un coup d'œil sur le développement du système des veines cardinales et de la veine cave inférieure. Il montre comment il se forme à un certain moment un système porte rénal du mésonephros, dont la partie afférente est formée par les cardinales postérieures, la partie afférente étant formée de branches tributaires de la veine cave inférieure. Comme première indication des veines des membres, il décrit une « veine marginale de la main et du pied », qui suit le bord interne du bras ou de la jambe, pour se continuer dans la sous-clavière ou l'hypogastrique ; cette veine ne tarde d'ailleurs pas à disparaître.

A. PRENANT.

Ueber die Bursa und Tonsilla pharyngea (La bourse et la tonsille pharyngiennes), par KILLIAN (*Morph. Jahrb., Band XIV, Heft* 4, 1888, 95 *p.*, 49 *fig.*).

L'étude de la bourse et de la tonsille pharyngiennes n'avait pas encore été faite d'une manière suivie, au point de vue du développement et de l'anatomie comparée. L'auteur comble cette lacune par la publication d'un travail considérable accompagné de nombreuses figures.

1° *Bourse pharyngienne.* — A. *Développement.* Killian décrit les cas les plus typiques parmi les 65 observations d'embryons humains qu'il a faites, et classe ces cas en plusieurs groupes. Dans tous les cas observés jusqu'ici, y compris ceux de l'auteur, on n'a rien vu qui donne la clef de l'origine de la bourse pharyngienne. Mais la théorie a largement suppléé à l'observation directe des faits et s'est donnée libre carrière sur ce point. Aucune des théories proposées n'est satisfaisante, ni celle de Luschka, ni celle de Froriep, ni celles enfin de Ganghofner et Schwabach. Il rejette la théorie de Luschka, pour qui la bourse pharyngienne ne serait que la partie initiale, pharyngienne du diverticule hypophysaire, en lui opposant l'éloignement considérable de la bourse pharyngienne et du canal hypophysaire, et une observation précise de Suchannek décri-

vant chez un enfant de 4 ans la bourse pharyngienne coexistant avec la persistance d'un canal hypophysaire complet. Contre Froriep, qui attribue à l'une des nodosités que forme l'extrémité antérieure de la corde dorsale la propriété d'adhérer à la muqueuse pharyngienne et d'entraîner avec elle en se retirant la muqueuse, la déprimant ainsi en une profonde fossette ou bourse pharyngienne, il se demande pourquoi il ne se produirait pas vis-à-vis des autres nodosités cordales et en des points quelconques d'autres bourses pharyngiennes. La situation de la bourse pharyngienne est pourtant précise; ses rapports avec les organes voisins, en particulier avec le fibro-cartilage basilaire, sont bien déterminés. Aussi est-il disposé, sans pouvoir le prouver absolument, à admettre que la bourse pharyngienne est une formation *sui generis*, un organe autonome, produit par la végétation active de l'épithélium pharyngien et qui n'est nullement dû à des causes purement mécaniques.

La bourse pharyngienne ne peut être retrouvée chez l'enfant et encore bien moins chez l'adulte en toute sécurité. Chez l'adulte, rien n'est plus variable que les soi-disant bourses pharyngiennes, qui ne sont vraisemblablement que des productions secondaires, d'ordre pathologique même.

B. *Anatomie comparée.* Ce n'est que chez un très petit nombre d'espèces animales que l'auteur a trouvé des recessus pharyngiens plus ou moins comparables à la bourse pharyngienne de l'homme ; encore parmi ces recessus, celui de l'Arctomys seul paraît-il l'homologue de la bourse pharyngienne humaine.

2° *Tonsille pharyngienne.* — A. *Développement.* La tonsille pharyngienne, connue chez l'homme depuis très longtemps, ne se développe guère qu'au sixième mois, alors que la bourse pharyngienne est complètement formée. Elle débute par la formation de replis de la muqueuse ayant une orientation déterminée. L'infiltration adénoïde paraît seulement ensuite; limitée d'abord au 1/4 postérieur de la voûte pharyngienne, elle envahit ensuite les régions voisines; c'est au devant de la bourse pharyngienne qu'elle atteint son maximum d'épaisseur (1 m/m); cette épaisseur vers la fin de la vie embryonnaire est portée à 2 m/m. Les replis sont alors devenus de gros bourrelets, et l'infiltration, jusqu'alors diffuse, se localise en follicules. Avec l'âge, la tonsille pharyngienne s'atrophie.

B. *Anatomie comparée.* La tonsille pharyngienne est très répandue chez les vertébrés et Killian la décrit chez nombre de mammifères, chez des oiseaux et des reptiles. Elle se présente tantôt comme une infiltration adénoïde diffuse, tantôt comme de texture folliculeuse (homme). Les rongeurs sont très généralement dépourvus de tonsille. Dans un *post-scriptum*, l'auteur combat l'opinion émise par Schwabach dans un travail récent et d'après laquelle la tonsille et la bourse pharyngiennes seraient génétiquement dépendantes l'une de l'autre. Il maintient l'indépendance à tous égards des deux organes. A. PRENANT.

Beiträge zur Morphologie der Säugerleber (Contribution à la morphologie du foie des mammifères), par REX (*Morph. Jahrb., Band XIV, Heft* 4, 1888, 100 *p.*, 4 *pl.*).

Dans ce travail considérable, l'auteur étudie d'une manière très approfondie, à l'aide de préparations par corrosion effectuées sur le foie en

place, la distribution des vaisseaux sanguins et biliaires, et arrive à formuler des lois. Il envisage successivement : 1° la configuration générale du foie des mammifères; 2° la configuration générale de l'arbre veineux porte et de la lobulation du foie des mammifères ; 3° leurs dispositions spéciales chez les divers mammifères ; 4° la ramification biliaire des mammifères; 5° les ramifications porte et biliaire dans le foie humain; 6° les veines hépatiques des mammifères et de l'homme.

1° Le foie est infléchi autour de la veine porte, et peut être partagé en deux régions, l'une verticale, plus considérable, l'autre transversale. La formation de lobes n'est pas soumise aux caprices du hasard, mais régie par des lois fixes : ce sont toujours les mêmes parties du foie qui, se rendant indépendantes, deviennent des lobes. Dans le foie lobé type, on peut distinguer : un lobe moyen; deux lobes droits, supérieur et inférieur ; deux lobes gauches, supérieur et inférieur ; le lobe moyen et les lobes gauches constituent la région transversale du foie. Ces lobes sont réunis du côté dorsal par une masse commune, souvent divisée en deux régions, gauche et droite ; cette dernière, qui entoure le tronc de la veine cave, est nommée « lobus omentalis ».

2° La première ramification de la veine porte est une bifurcation: mais la branche gauche a pour prolongement un tronc très important, qui a la valeur d'une branche principale, le « recessus umbilicalis », terminé en cul-de-sac. En réalité donc, il y a trois branches porte principales : la droite, la gauche et le recessus. La ramification des trois branches précitées se fait suivant des caractères généraux remarquables. Comme Roux l'a déjà montré, ces branches se comportent comme des artères, notamment la branche principale droite ; elles ne se divisent pas dendritiquement non plus que dichotomiquement, mais tendent à conserver leur indépendance, et traversent, sous forme de veine principale, le territoire hépatique qui leur appartient, et où elles sont d'ailleurs excentriquement situées, plus rapprochées de la face distale de l'organe.

Émettant la plupart de leurs rameaux collatéraux d'un seul côté, elles s'incurvent nécessairement ; le trajet curviligne de la branche principale droite est accentué au point que celle-ci mérite le nom de « ramus arcuatus ». La branche principale droite ou ramus arcuatus à convexité dirigée en dehors, embrasse par sa concavité, qui ne porte aucune collatérale, le tronc de la veine cave; elle se ramifie dans le lobe supérieur droit, et envoie au lobe inférieur droit une forte branche, le « ramus descendens » ; elle peut fournir aussi un « rameau cystique ». C'est la branche principale gauche qui d'habitude fournit ce rameau cystique, puissamment développé; elle donne, en outre, quelques branches au lobus omentalis; le rameau cystique, destiné à la plus grande partie du lobe moyen, y envoie plusieurs rameaux ascendants ou un seul « ramus ascendens » considérable.

Le recessus umbilicalis, qui naît à angle droit de la branche gauche principale, alimente les lobes gauches du foie dans lesquels il envoie des rameaux que l'on doit partager en droits et gauches; tout près de son origine sur la branche gauche, il fournit un rameau destiné à la région dorsale gauche du foie, le « ramus angularis ».

3° Les rapports de l'arbre porte avec la forme extérieure du foie sont très remarquables; l'auteur montre que tantôt telle partie, tantôt telle

autre est plus développée et qu'il y a entre les divers lobes du foie un véritable balancement. Il compare à ce point de vue le foie de l'homme, des rongeurs et des carnivores. Les différences ont pour cause la variabilité d'origine du rameau cystique aux dépens, soit de la branche droite, soit de la branche gauche; l'augmentation, soit de la région droite du foie, soit de la région gauche en est la conséquence. Ce sont toujours les mêmes branches veineuses qui alimentent les mêmes parties du foie, comme Rex le montre dans un tableau. Il y a concordance parfaite et constante à cet égard entre les territoires hépatiques et la ramification porte.

4° Les grandes voies biliaires sont tout aussi fixes dans leur nombre, leur situation et leur distribution que les branches veineuses principales. On peut distinguer dans le système des canaux biliaires trois régions : l'une comprend les premières ramifications du canal excréteur commun jusqu'au point où les branches qui en naissent s'accolent aux branches de la veine porte correspondantes; c'est là ce que l'auteur appelle la région portale; vient ensuite le trajet des voies biliaires dans le parenchyme hépatique même; la vésicule biliaire mérite enfin une mention à part.

a) Région portale des voies biliaires. — Le canal hépatique, qui est le véritable conduit excréteur biliaire, et qui doit ici servir de point de départ, se divise en trois branches; cette division se fait au niveau du lieu d'origine du rameau veineux cystique, et elle est subordonnée à toutes les variations de ce lieu d'origine. Des trois branches principales du canal hépatique, l'une, droite, va au territoire des ramus arcuatus et descendens ; l'autre, moyenne, se rend à celui qu'alimente le rameau cystique ; la troisième, gauche, à celui du recessus umbilicalis. Ce qui caractérise le trajet de ces trois branches, c'est la tendance qu'elles ont à s'élever au-dessus des trois branches principales veineuses, pour atteindre la face proximale du foie, affectant ainsi un trajet « épi-portal ». Quelquefois le type épiportal se complique d'un type « hypo-portal » où leur direction est différente. Rex pense que primitivement les vaisseaux biliaires ont suivi tout à la fois les trajets épi- et hypo-portal, mais que dans la suite, un seul de ces types s'est habituellement conservé.

b). Quant à la manière dont se comportent les voies biliaires au sein du parenchyme hépatique, celles-ci suivent exactement les vaisseaux porte.

c) Rex étudie les rapports du conduit cystique avec le canal hépatique et ses branches. Le canal cystique peut s'ouvrir dans la branche principale moyenne, ou dans le canal hépatique; ce sont là deux extrêmes entre lesquels il y a toutes sortes d'intermédiaires. D'ailleurs, le point où s'ouvre le canal cystique n'est pas constant, même chez un même animal. Relativement à la vésicule biliaire et à sa signification, l'auteur est amené par plusieurs considérations à cette importante conclusion qu'elle n'est pas autre chose qu'un conduit biliaire, démesurément dilaté, le reste de ce conduit, non employé à la formation de la vésicule, devenant le canal cystique; ce conduit était un rameau de la branche principale moyenne.

Au point de vue de l'absence de la vésicule biliaire, Rex recherche si ce fait est soumis à certaines lois. Il se demande ensuite ce qui peut

bien remplacer la vésicule absente, et conclut qu'elle ne peut être suppléée ni par la présence du diverticule de Vater, ni par l'exagération du calibre des conduits hépatiques. Ces faits semblent montrer que le rôle de la vésicule comme réservoir n'est que secondaire, puisque le réservoir peut manquer sans être physiologiquement remplacé, et que la vésicule biliaire remplit plutôt une autre destination, celle d'organe mucipare, par exemple.

5° Muni des données générales qui précèdent, acquises par l'étude d'un grand nombre de mammifères, Rex examine le système porte et le système biliaire dans le foie humain, dont il signale les particularités.

6° Il termine par les veines hépatiques; leur nombre est typiquement de trois, droite, moyenne et gauche, les deux dernières s'ouvrant dans la veine cave par un tronc commun. A ces trois branches principales s'ajoutent des rameaux accessoires, dont deux sont constants, l'un venu du lobus omentalis, l'autre issu d'une partie du lobe moyen et nommé veine hépatique moyenne accessoire. Les veines hépatiques se comportent du reste ultérieurement comme de fidèles satellites des vaisseaux porte. A. PRENANT.

I. — Sur quelques points de l'anatomie du duodénum, par HARTMANN (*Soc. anat., p.* 95, 15 *février* 1889).

II. — Quelques remarques sur le développement et la torsion de l'intestin, par H. HARTMANN (*Soc. anat., p.* 132, 22 *février* 1889).

III. — Sur l'anatomie topographique du duodénum, par JONNESCO (*Ibid., p.* 125).

I. — Hartmann fait voir que le duodénum n'a pas seulement trois portions, mais bien quatre. Après être passé sous l'artère mésentérique, où classiquement on l'arrête, il remonte, presque vertical, sur la hauteur de deux vertèbres en moyenne, et là seulement a lieu le coude duodéno-jéjunal. Cette portion ascendante est précisément celle où s'insère, tout le long du bord postérieur, le muscle de Treitz ou muscle suspenseur du duodénum, dont Hartmann décrit une pièce fort nette recueillie sur un supplicié et étudiée histologiquement par Retterer. De plus, dans cette région se fait une adhérence secondaire du méso-colon transverse. De là la fixité de la 4ᵉ portion du duodénum. Le long du bord externe de cette portion est la fossette duodéno-jéjunale, très étudiée par divers auteurs, et surtout par Treitz à propos de la hernie rétro-péritonéale. Dans cette dépression peut en effet se faire une hernie interne, et c'est là la hernie de Treitz; or, dans la plupart de nos classiques, l'usage s'est établi, sans qu'on sache pourquoi, d'appeler hernie de Treitz celle qui se fait dans l'hiatus de Winslow. Il y a d'autres fossettes rétro-péritonéales, au niveau du cœcum, du méso-colon iliaque. Hartmann donne l'indication de plusieurs observations de hernies internes qui se sont faites dans ces fossettes (5 figures).

II. — Des notions précédentes sur la fixation de la 4ᵉ portion du duodénum par le muscle de Treitz, Hartmann tire des déductions sur la cause de la torsion de l'intestin grêle et du passage de l'artère *mésentérique* devant le jéjunum. Farabeuf montrant à la Société, en 1885, une pièce où, sur un adulte, la torsion n'avait pas eu lieu, a admis que ce muscle, sorte de *gubernaculum*, tire le duodénum derrière les

vaisseaux. Il est plus probable que la cause première est dans la migration semi-circulaire que décrit le cœcum. Une fois libérée, l'adhérence du diverticule omphalo-mésentérique et le muscle de Treitz, semble n'avoir qu'un rôle de fixation. Aussi chez quelques animaux défait-on la torsion en faisant décrire au cœcum le mouvement inverse : il n'y a pas eu adhérence secondaire du mésocolon transverse. Cette théorie a déjà été émise par A. Broca à propos d'une pièce d'adhérence anormale de la région iléo-cœcale à l'ombilic : il n'y avait pas torsion de l'intestin.

III. — Jonnesco a présenté des pièces tendant à vulgariser des données analogues, déjà étudiées en 1885 dans le mémoire de Trèves. La forme duodénum annulaire (type infantile) en U ou en V (type adulte) est assez variable. Jonnesco insiste : 1° sur l'absence de la première portion classique ; sur les rapports de la 4e portion avec le rein gauche; 3° sur la multiplicité des fossettes péritonéales de cette région. Il les subdivise en duodénales supérieure et inférieure, et duodéno-jéjunale. Le muscle de Treitz est le vrai moyen de fixité (5 figures). A. BROCA.

Recherches sur le développement et l'histogenèse du rein chez l'homme, par VIÉRON (*Thèse de Bordeaux, n° 9*, 1887-1888).

Les canalicules du rein se développent entièrement aux dépens de diverticules du bassinet et de l'uretère qui sont déjà visibles chez l'embryon humain de 6 semaines. Ils pénètrent dans un amas de cellules mésoblastiques qui est un reste de la masse cellulaire intermédiaire. Aussitôt après leur naissance du bassinet, les tubes primitifs se dichotomisent plusieurs fois avant de constituer le glomérule qui est la première partie qui se différencie.

Chaque tube primitif se recourbe en crosse à son extrémité. La crosse s'entoure à sa périphérie d'une couche endothéliale formée par le tassement des cellules mésoblastiques. Dans sa concavité, elle contient un amas de cellules embryonnaires dans lequel se développent les vaisseaux du futur glomérule par le processus des cellules vasoformatives. A ce moment, l'origine du canal urinifère et le pédicule du glomérule sont situés côte à côte, la capsule de Bowman et le glomérule sont tapissés d'un épithélium cylindrique provenant du tube urinaire primitif. Mais bientôt le pédicule du glomérule se place au pôle opposé à l'origine du tube urinaire, les cellules épithéliales qui tapissent la capsule de Bowman tombent et se fondent bientôt après celles qui tapissent le glomérule, de sorte que toute trace du tube urinaire primitif disparaît au niveau de la capsule. Les cellules endothéliales qui tapissent la capsule, proviennent des cellules mésoblastiques tassées et aplaties, et à la surface du glomérule il ne reste plus que quelques cellules connectives aplaties de même origine. Chaque tube contourné se développe après le glomérule correspondant aux dépens de la partie du tube urinifère primitif comprise entre la dernière dichotomisation et sa portion terminale recourbée en crosse.

Les anses de Henle ne se montrent pas avant le quatrième mois de la vie intra-utérine, et proviennent de l'allongement d'une des anses d'un tube contourné.

La substance médullaire l'emporte alors en épaisseur sur la substance

corticale, et cependant les bassinets ne donnent plus naissance à de nouveaux tubes. Cela tient à ce qu'une partie des canaux excréteurs entre dans la constitution du bassinet dont l'épithélium mixte stratifié se prolonge dans les tubes jusqu'à la première dichotomisation. La distinction entre la substance médullaire et la substance corticale ne commence à se produire qu'au quatrième mois. Le rein présente alors à peu près l'aspect qu'il aura à l'état adulte sauf la lobulation et la plus grande abondance du tissu conjonctif qui disparaît au fur et à mesure que de nouveaux tubes complètent leur développement.

Le développement se fait du centre à la périphérie, et les premiers glomérules différenciés se trouvent au voisinage du tube. Puis le développement se continue, tube par tube, en commençant par le glomérule, pendant toute la vie intra-utérine et même au delà, de sorte que jusqu'à une époque assez éloignée de la naissance, on peut encore trouver une couche périphérique dont les éléments sont encore en voie de formation.

W. DUBREUILH.

Recherches sur les lymphatiques des téguments des organes génitaux de l'homme, par Gérard MARCHANT (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 217, 15 *mars* 1889).

Les vaisseaux lymphatiques de la verge ont par places une disposition hélicine, contournée, pelotonnée, qui s'explique par une adaptation à l'érection. De même au niveau du pédicule des bourses, du ligament suspenseur de la verge. Les lymphatiques du scrotum sont très variables de volume; ils n'ont pas de relations avec la tunique vaginale. Ceux du prépuce sont de deux ordres : dans le repli supérieur, ils prolongent ceux de la verge; dans le repli inférieur, ils sont en connexion avec ceux du gland. Sur la verge, il y a une tendance à l'entrecroisement déjà bien signalée par Huguier. A. BROCA.

Le sinus uro-génital : son développement et ses anomalies, par ISSAURAT (*Thèse de Paris*, 1888).

Le travail d'Issaurat, inspiré par Mathias Duval, comprend le développement embryologique de la région, puis la transformation en organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Vient ensuite la comparaison avec les êtres de la série animale. Enfin, l'auteur termine son étude par l'homologie des organes génito-urinaires dans les deux sexes et par l'exposition des différentes anomalies de cette région, surtout chez les hermaphrodites. Deux points, encore fort discutés, appellent en particulier l'attention dans le chapitre des homologies. En premier lieu, l'opinion de Pozzi, admettant que l'hymen doit son origine au sinus uro-génital, n'est pas acceptée par Issaurat, lequel croit, comme Budin, que l'hymen est la terminaison des canaux de Müller. L'autre point élucide la question de savoir si les trois régions de l'urètre de l'homme trouvent leurs homologues chez la femme. Or, l'homologie se trouve complète, pourvu qu'on ne la cherche pas avec le seul scalpel, mais encore avec les données fournies par la philosophie anatomique. Celle-ci montre les trois portions urétrales chez la femme, modifiées par des changements de connexion, qui sont si fréquents dans l'organisme et que l'on rencontre souvent à un degré bien plus avancé. R. J.

Untersuchungen über die Entwickelung des Beckengürtels bei einigen Säugethieren (Recherches sur le développement de la ceinture pelvienne chez quelques mammifères), par MEYNERT (*Morph. Jahrbuch, Band XV, Heft* 2, 1889).

Ce travail fait suite à un mémoire publié par l'auteur sur la même question, mais ayant les oiseaux pour objet. La conclusion fondamentale était que, dès que le tissu cartilagineux est reconnaissable on trouve à la ceinture pelvienne des oiseaux trois ébauches cartilagineuses distinctes.

L'auteur reprend l'étude de la même question chez les mammifères (embryons de brebis, chat, lapin). Il trouve que l'ébauche première du bassin osseux est représentée ici comme chez les oiseaux par trois pièces, l'ilion, l'ischion et le pubis, parfaitement indépendantes, correspondant aux pièces du squelette adulte; il n'y a pas primitivement, comme l'a soutenu Rosenberg, deux ébauches seulement, l'une ilio-ischiatique, l'autre pubienne. Les trois pièces du pelvis, grêles au début, prennent ensuite une forme plus ramassée. Ce sont d'abord l'ilion et l'ischion qui se soudent. Le pubis demeure le plus longtemps isolé. Le pubis cartilagineux chez l'embryon de lapin n'est pas employé à la formation de l'articulation de la hanche, et celui de l'embryon de brebis n'y prend qu'une très faible part. Cette non-participation du pubis à la constitution de l'acetabulum ne doit pas être comprise avec Gegenbaur comme une élimination secondaire de la pièce pubienne, rejetée hors de la jointure après avoir contribué à la former; elle est primitive. La soudure des pièces du bassin cartilagineux se fait à l'aide des formations suivantes: l'ilion envoie deux prolongements acétabulaires, savoir un « processus ilei acetabularis pubicus » et un « processus ilei acetabularis ischiaticus ». L'ischion ne forme qu'un « processus ischii acetabularis iliacus »; il n'y a pas de « processus ischii acetabularis pubicus »; il reste par suite entre l'ischion et le pubis chez les mammifères où le pubis prend part à l'articulation, entre l'ischion et le prolongement acétabulaire de l'ilion chez ceux où le pubis n'est pas employé à la formation de l'articulation, un hiatus dans le rebord articulaire (incisura acetabuli). La moitié dorsale du fond de l'acetabulum doit son origine à une « plaque acétabulaire de l'ilion » qui vient s'étaler entre les prolongements acétabulaires de l'ilion. La moitié ventrale du fond de l'acetabulum est formée par une « plaque acétabulaire de l'ischion » qui, s'insinuant entre le processus ischii acetabularis iliacus et l'extrémité dorsale du pubis, vient s'unir avec la plaque acétabulaire de l'ilion.

L'hypothèse de la fenestration (Bunge) ne se vérifie pas pour les mammifères. On sait que Bunge pensait que la moitié ventrale, ischio-pubienne, de la ceinture pelvienne, primitivement continue, se perforait, que de cette perforation résultait le trou obturateur, que la gouttière obturatrice n'était que l'indication d'une fenestration continuée mais imparfaite, et qu'enfin, grâce à ce processus, le pubis et l'ischion devenaient distincts. Meynert montre que, de la forme primitive du pelvis représentée par une étoile à 3 rayons, on passe à la configuration adulte par soudure de la plaque acétabulaire de l'ischion à l'extrémité dorsale du pubis qui vient fermer le trou obturateur du côté dorsal, tandis que

l'occlusion ventrale de ce trou est assurée par la coalescence du « rameau unissant de l'ischion » (branche inférieure de l'ischion) avec l'extrémité ventrale du pubis. Quant à la gouttière obturatrice du pubis, elle est secondaire ; on n'en voit pas trace sur l'ébauche cartilagineuse ; le nerf obturateur est, à cette période, éloigné du pubis et parfaitement libre.

Les ceintures pelviennes des embryons d'oiseaux et de mammifères offrent à l'état cartilagineux une grande ressemblance quant à la forme et à la situation de leurs trois pièces composantes. Les mêmes dispositions se retrouvent dans le bassin osseux des sauriens adultes actuellement existants et des dinosauriens sauropodes. Il en résulte que la forme pelvienne constituée par trois rayons indépendants peut être considérée comme la forme originelle de la ceinture pelvienne des vertébrés amniotes. A. PRENANT.

Beitrage zur Anatomie der Steissbeinmusculatur des Menschen (Contribution à l'anatomie des muscles coccygiens de l'homme), par JACOBI (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 5-6, 1888).

Muscle sacro-coccygien antérieur, ou fléchisseur du coccyx. — L'auteur l'a trouvé trois fois sur 56 cas; il n'est donc pas absolument rare. C'est Albin qui l'a découvert et qui en a donné la meilleure description. D'après les observations de Jacobi, le muscle, mêlé de nombreuses fibres tendineuses, naît de la partie antéro-latérale et inférieure de la 5e vertèbre sacrée et du bord supérieur de la 1re coccygienne, et s'insère, en se rapprochant sur la ligne médiane, de son congénère du côté opposé, sur la face antéro-latérale des 2e, 3e et 4e vertèbres coccygiennes, soit directement sur les corps vertébraux, soit sur le ligament sacro-coccygien qui les recouvre.

Muscle sacro-coccygien postérieur, ou extenseur du coccyx. — Il n'a été trouvé qu'une fois sur 56 cas; il est donc beaucoup plus rare que le précédent. Le muscle mélangé de fibres tendineuses s'étendait de la 5e vertèbre sacrée à la 1re coccygienne, les deux muscles de chaque côté étant séparés sur la ligne médiane par le ligament sacro-coccygien superficiel. Ce n'est pas, comme on l'a cru, une couche musculaire mince, mais un muscle compacte, d'une certaine épaisseur, ainsi que l'a décrit Hyrtl. A. PRENANT.

Beiträge zur Entwickelungsmechanik des Embryo (Contribution au mécanisme du développement de l'embryon), par W. ROUX (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXIV, Heft* 1 et 2).

L'auteur détruisit, au stade du premier sillon de segmentation, en la piquant avec une aiguille chaude, l'une des sphères de segmentation d'œufs de grenouille. 20 0/0 des œufs ainsi traités continuèrent leur évolution de telle manière que la sphère de segmentation intacte poursuivit seule son développement. Une centaine de demi-œufs furent examinés, et 80 environ furent découpés au microtome. Dans ces conditions, la cellule intacte se segmente et devient un demi-embryon normalement constitué. La première forme de ces segmentations est la *demi-morula verticale*, figurant une moitié de sphère composée dans sa partie supérieure de petites cellules pigmentées et dans sa partie inférieure de

grosses cellules non pigmentées. Il est à noter que la cavité de segmentation n'est représentée que par un espace mal délimité. La phase suivante caractérisée par la petitesse et le nombre des cellules se distingue par la formation d'une *demi-blastula verticale* possédant une cavité entourée en partie ou totalement par les cellules de la moitié développée. Le stade de *demi-gastrula latérale* montre la cavité de la gastrula en forme de fente et l'ectoderme nettement séparé de l'entoderme.

Ce stade est suivi par l'établissement du système nerveux central, qui apparaît sous la forme d'une demi-plaque médullaire. Plus tard, le feuillet corné, qui se continuait primitivement avec le feuillet médullaire, se sépare nettement de ce dernier, bien qu'il ne puisse se réunir avec le feuillet corné qui manque de l'autre côté. La moitié latérale du mésoderme s'est développée comme sur les embryons normaux. La corde dorsale est encore sur certains demi-embryons en relation avec l'entoderme; sur d'autres elle s'en est complètement séparée, et sa section transversale ou arrondie ou ovale, ne comprenait qu'une rangée de cinq cellules, tandis que normalement elle est constituée par une rangée de 8 à 10 cellules.

Tels sont les résultats principaux obtenus à la suite de la destruction de l'une des deux premières sphères de segmentation; on peut en conclure que chacune des sphères primitives peut se développer indépendamment l'une de l'autre et l'évolution se continuer jusqu'à l'établissement des crêtes médullaires, des vésicules cérébrales, de la corde dorsale et du mésoderme. Ce dernier peut même se segmenter en protovertèbres et en lames latérales. Ces faits semblent prouver que la segmentation de l'œuf divise le matériel formatif en deux portions servant à la constitution de parties bien déterminées de l'embryon. Des deux premières sphères de segmentation, l'une est destinée à la formation de la moitié gauche, l'autre à celle de la moitié droite du corps.

Quant au sort ultérieur de la sphère de segmentation *opérée*, il est variable; tantôt elle subit une désorganisation telle qu'elle se décompose en détritus non utilisables, tantôt on y aperçoit des noyaux qui continuent à se diviser; tantôt le matériel altéré est remanié de telle sorte qu'il peut servir ultérieurement au développement; tantôt ce remaniement est suivi d'un processus spécial pouvant aboutir à la régénération des portions du corps qui manquent. Ce dernier processus est décrit par l'auteur sous le nom de *post-génération*.

Quand la moitié opérée se réorganise, c'est à l'aide de noyaux qui proviennent de l'autre moitié et qui continuent à se diviser et à s'entourer d'un corps cellulaire. De cette façon, la première moitié est constituée par les descendants de la seconde, alors que celle-ci est déjà formée de cellules nettement différenciées. ED. RETTERER.

Ueber Reifung und Befruchtung des Eies von Petromyzon Planeri (Sur la maturation et la fécondation de l'œuf du Petromyzon Planeri), par BOHM (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXXII, Heft* 4, 1887, 67 *p.*, 2 *pl.*).

Après A. Müller, Calberla, Kupffer et Benecke, l'auteur signale l'existence au pôle animal de l'œuf d'une sorte de coupole, le « plasma polaire » plus claire que le reste. L'enveloppe de l'œuf, constituée d'une couche externe homogène et d'une couche interne perforée de pores radiaires, ne pré-

sente aucun micropyle. Un seul spermatozoïde, le « spermatozoïde pénétrant » franchit l'enveloppe de l'œuf. Auparavant déjà, le plasma polaire s'est détaché de l'enveloppe ovulaire qui le recouvre, ne demeurant rattaché à la surface que par « des filaments d'extension » ou un « cordon axial », le long desquels le spermatozoïde pénétrant pourra cheminer. A ce moment est expulsé un premier corpuscule directeur, tandis qu'une formation nucléiforme demeure dans le plasma polaire ; c'est le « pronucléus femelle provisoire ». L'œuf s'entoure d'une membrane vitelline ; la masse principale du plasma polaire se revêt intérieurement d'une « membrane sinueuse » qui la sépare du vitellus. Un cône (cône d'attraction) s'élevant alors du plasma polaire, puis se rétractant, apporte à ce dernier la substance spermatique, tandis que le plasma polaire forme le deuxième corpuscule directeur. Le reste du pronucléus provisoire devient le pronucléus définitif.

Ainsi sont décrits, dans leurs traits essentiels, l'état de l'œuf avant la maturetion, sa maturation est la copulation sexuelle. La fécondation et la formation du noyau de segmentation sont plus clairement exposées et d'une compréhension plus facile.

Peu de temps après la copulation, le pronucléus femelle devient pâle et diffus, tandis que la tête du spermatozoïde se partage en éléments sphériques, disposés en série. Puis il se forme, autour d'un point brillant voisin de la tête spermatique, un aster ; ce dernier entoure ultérieurement la tête du spermatoïde. La tête, entourée de son soleil, se dirige vers le pronucléus femelle, en suivant un trajet perpendiculaire à l'axe de l'œuf; ses éléments constituants ou « spermatomérites » abandonnent le soleil, et s'accolent, groupés en un amas, au noyau de l'œuf. Ce dernier s'est divisé pendant ce temps, lui aussi, en particules sphériques ou « ovomérites ». Ovomérites et spermatomérites, accolés mais non confondus, à la suite de bipartitions répétées, se partagent en fragments de plus en plus petits. Leur ensemble constitue une masse allongée perpendiculairement à l'axe de l'œuf, dans laquelle les spermatomérites plus grands et moins colorés se distinguent des ovomérites plus petits et plus foncés. A côté du groupe de spermatomérites on voit l'aster avec une masse granuleuse centrale. Chaque mérite consiste en un « corps » entourant un ou deux grains dits « microsomes » Les corps des mérites se confondant, les microsomes deviennent libres et se disposent en courtes chaînes, groupées bientôt elles-mêmes en une plaque axiale. Pendant ce temps, la masse centrale granuleuse de l'aster a entouré le corps lenticulaire, issu de la fusion des mérites, c'est-à-dire le noyau de segmentation, puis s'est partagée en deux masses pourvues chacune d'un soleil, et disposées aux deux pôles de la figure nucléaire. Un fuseau s'étant constitué, la métaphase du noyau de segmentation commence. Il n'y a, on le voit, ni stade de repos, ni phase de pelotonnement pour le noyau de segmentation. A. PRENANT.

Contribution à l'étude de la morphologie de l'œuf et du follicule, par Paul GARNAULT (*Thèse de Bordeaux*, n° 90, 1887-1888).

Garnault, qui était déjà arrivé dans sa thèse de docteur ès sciences, à une opinion très différente de celle de Sabatier sur le développement, la structure et la signification des organes sexuels, a repris un des travaux

fondamentaux de ce dernier sur « l'origine et le développement des cellules du follicule chez les chitérides ».

Après avoir exposé l'état de la question et particulièrement les opinions de Sabatier, Garnault montre que les œufs ne se développent pas dans l'intérieur de la paroi conjonctive comme l'admet Sabatier, mais par la transformation des cellules de l'épithélium germinatif. Les imprégnations par le nitrate d'argent ont montré de la surface des plus jeunes comme des plus âgés un réseau limitant autour de chaque noyau un territoire cellulaire bien distinct, ce qui démontre l'existence à la surface de l'œuf de véritables cellules auxquelles n'ont pu participer les formations intra-vitellines. Celles-ci n'ont, du reste, aucunement la signification de noyaux dont elles n'ont ni l'origine ni la structure.

Il se produit en face de chacun des noyaux des cellules folliculaires une expansion du vitellus qui se développe de plus en plus. L'œuf devient de plus en plus profondément lobé jusqu'à ce que, à la maturité, les expansions rentrent en elles-mêmes. L'œuf prend alors la forme d'une sphère parfaite. Chaque expansion ramène, en se retirant, le sommet du capuchon folliculaire qui l'entoure; il se produit ainsi une invagination dont l'aspect est très compliqué et l'interprétation difficile.

L'œuf possède donc la faculté d'émettre des prolongements qui peuvent être assimilés aux formations amiboïdes, fait nouveau et du plus grand intérêt. WILLIAM DUBREUILH.

Quelques remarques à propos du dernier travail d'Arnold sur la fragmentation indirecte, par DENYS (*La Cellule, t. V, fasc.* 1, 1889).

Arnold ayant dans un récent travail reproduit, à propos des cellules de la rate chez les souris blanches, l'opinion qu'il avait formulée à plusieurs reprises et maintenu l'existence de la « fragmentation indirecte » comme type de division cellulaire, Denys reprend la question sur le même objet quoiqu'avec des méthodes différentes, et soumet à une critique minutieuse les faits d'Arnold. Les petites cellules de la rate en voie de fragmentation indirecte se distinguent, suivant Arnold, par la présence à côté de la chromatine figurée, de chromatine amorphe et dissoute dans le suc nucléaire. Le début de la division est d'ailleurs indiqué par l'apparition de champs clairs en forme de taches arrondies, plus tard le noyau se partage en plusieurs fragments. La chromatine diffuse et les champs clairs, qui caractérisent la fragmentation indirecte n'existent pas. Pour la recherche de la chromatine, Arnold s'est servi de réactifs imparfaits, et de méthodes qui ont le tort de ne pas donner à coup sûr la coloration pure de la chromatine. L'auteur, en se servant du vert de méthyle en solution acétique, ou en ne se servant dans des préparations par la méthode de Gram que de colorations réussies, arrive à conclure que le suc chromatique n'est pas coloré, et que la chromatine dissoute n'existe pas. Quant aux taches claires, elles n'ont pas la signification qu'Arnold leur attribue; elles représentent des nucléoles « vides ».

Denys critique ensuite les observations d'Arnold sur les cellules géantes de la rate; là encore il n'existe pas de fragmentation indirecte.

En résumé, les nouvelles recherches d'Arnold sur la rate des souris blanches ne prouvent absolument rien en faveur d'une division par fragmentation indirecte, car les faits sur lesquels elles s'appuient, sont ou

bien répréhensibles au point de vue de la technique et de l'observation scientifique, ou bien susceptibles d'une autre interprétation. A. PRENANT.

Histologische Studien über Keratohyalin und Pigment (**Études histologiques sur la kératohyaline et le pigment**), **par MERTSCHING** (*Archiv f. pathol. Anat., Band CXVI, Heft* 3).

Selon Mertsching, la kératinisation aurait son point de départ dans le noyau et non dans le corps cellulaire : c'est dans le noyau que se formeraient d'abord les granules de kératohyaline. Ensuite on verrait dans le noyau même, en dedans de la membrane nucléaire, se constituer un cercle clair; les granules de kératohyaline se détacher de la masse nucléaire et émigrer dans le corps cellulaire. Les lacunes de la membrane nucléaire seraient la preuve de cette sortie; les affinités de la kératohyaline (éléidine) pour les matières colorantes seraient ainsi expliquées; de même on se rendrait compte de ce fait que les granules de l'une des cellules ne se fusionneraient pas avec ceux des cellules voisines. Les résultats précédents fondés sur l'étude de l'épiderme normal et pathologique, pourraient donc se résumer ainsi : La kératohyaline ne représenterait pas un produit de dégénérescence de toutes les parties constitutives de la cellule; elle ne serait élaborée que par le noyau.

L'examen des cellules ectodermiques (peau de batraciens, poil, épiderme de mammifère, peau de nègre) a permis à Mertsching de constater que dans les poils, le pigment se forme dans le bulbe même du poil; il ne doit son origine immédiate ni au sang, ni au tissu conjonctif, ni aux cellules lymphatiques ; on le voit apparaître au voisinage du noyau; il est d'abord intra et non intercellulaire. Dans l'épiderme du blanc et du nègre, il en est de même. Mais quel est son lieu d'origine primitif? Mertsching pense, grâce aux coupes très fines, pouvoir affirmer que les granules de pigment apparaissent d'abord dans la substance même du noyau, de la même façon que la kératohyaline. De là le pigment émigre dans le corps cellulaire des cellules basilaires pour gagner et remplir peu à peu la périphérie de ce dernier. Le pigment serait, par suite, un produit de dégénérescence du noyau de cellules ectodermiques.

ED. RETTERER.

Kératohyaline et éléidine, par Fausto BUZZI (*Monatsh. f. prakt. dermat., février* 1889).

Ces deux substances sont, d'après l'auteur, contrairement aux idées régnantes, de nature différente. La kératohyaline est constituée par les granulations incluses dans les cellules de la couche granuleuse ; l'éléidine, décrite par Ranvier, se trouve en gouttes et en plaques, en dehors des cellules, dans la partie profonde de la couche cornée. La première est solide, la seconde liquide. Elles se colorent différemment par les réactifs, elles n'ont de commun que leur affinité pour le carmin et encore l'éléidine se colore-t-elle plus rapidement que la kératohyaline par cette substance. Elles diffèrent donc par leurs propriétés chimiques en même temps que par leur morphologie et leur siège. Relativement à leur nature, l'auteur tend à considérer avec Waldeyer la kératohyaline comme une albuminoïde, tandis que l'éléidine serait une glycérine.

H. HALLOPEAU.

Les placentas discoïdes, par MATHIAS DUVAL (*C. R. Soc. biologie*, 6 *octobre et* 3 *novembre* 1888).

La formation du placenta des Rongeurs consiste en la production de canaux et lacunes épithéliaux remplis de sang en circulation : ce sang est du sang maternel alors que les parois épithéliales qui le contiennent sont des éléments dérivés de l'ectoderme du fœtus. En examinant les planches du travail de Frommel, M. Duval s'est convaincu que le processus était le même pour le placenta des Cheiroptères.

Duval cite une lettre de Van Beneden dans laquelle se trouvent confirmées les mêmes opinions sur l'origine des éléments histologiques du placenta. Cet organe fœtal représente à son origine une hémorragie maternelle circonscrite ou enkystée par des éléments ectodermiques : cela est vrai depuis les Rongeurs jusqu'à l'homme. L'organe placentaire décrit par Duval dans l'œuf de l'oiseau à la fin de l'incubation a encore la même genèse : seulement, ici, ce n'est plus le sang maternel, mais une masse albumineuse émanée de l'organisme maternel, qui est circonscrite, enkystée et absorbée par une poche, d'origine embryonnaire, à parois formées d'épaisses assises de cellules ectodermiques. PAUL LOYE.

Die Beziehungen der mütterlichen Gefässe, etc. (Des rapports des vaisseaux maternels avec les espaces intervilleux du placenta à terme, considérés surtout au point de vue de la thrombose, par K. ROHR (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXV, Heft* 3).

Rohr a pu examiner, au moyen de coupes microscopiques, les rapports du placenta d'un foetus à terme avec les parois utérines. La surface de la sérotine n'est pas lisse, mais présente une série de saillies pouvant se ramener à trois formes principales : les plus basses, qui sont hautes de 1 à 4 millimètres, sont souvent bifides ou trifides à leur sommet; les moyennes ont une hauteur de 5 millimètres et une largeur de 1 cent. 5 et contiennent des artères hélicines. Ces deux premières variétés prédominent dans les portions centrales. Enfin, la dernière variété constitue des saillies affectant l'aspect de colonnes à direction verticale, au centre et à trajet obliques, vers la périphérie du placenta. Quant à la structure de la sérotine, elle est formée de cellules déciduelles, qui sont plus abondantes dans les couches superficielles que ne le sont les cellules arrondies ou fusiformes à caractères conjonctifs.

Dans les couches inférieures (*zone spongieuse*), ces deux sortes d'éléments sont en proportion inverse ; ici se trouvent également des faisceaux de muscles lisses.

Rohr signale l'existence de deux *tractus fibrineux* dont le plus profond suit la base ou la mi-hauteur des saillies de la sérotine, tandis que le plus superficiel coiffe leur sommet et remplit leurs intervalles.

Le trajet des veines est le suivant : dans la tunique musculaire de l'utérus, la veine monte verticalement, puis elle devient, dans la couche limitante, oblique, ensuite parallèle à la surface de la sérotine, et enfin, elle se courbe à angle droit pour gagner la superficie même. Jusque-là, la veine est revêtue d'un endothélium qui cesse au point où elle s'ouvre dans l'espace intervilleux. Les villosités choriales pénètrent dans les ou-

vertures des veines et atteignent parfois la tunique musculaire de l'utérus.

Les artères perdent la tunique moyenne en sortant de la couche musculaire utérine et vont, en se contournant en tire-bouchon, gagner une des saillies de la sérotine pour se terminer au sommet ou par une branche qui affecte un trajet horizontal, sur la face latérale de la saillie. Tant qu'elle est hélicine, l'artère est constituée par de l'endothélium doublé d'une tunique conjonctive fibreuse, mais sa portion terminale n'est limitée que par des cellules déciduelles.

La circulation placentaire se fait donc de la façon suivante : les terminaisons artérielles sont les plus abondantes au centre du placenta, diminuent vers la périphérie et il n'y en a plus du tout à partir de 1 centimètre du bord de ce dernier. Les terminaisons veineuses augmentent au contraire vers la périphérie où elles constituent le *sinus circulaire*. Comme les orifices veineux sont situés dans les dépressions de la sérotine, que les terminaisons artérielles correspondent au contraire à la face latérale ou au sommet des saillies, le courant sanguin suit dans le premier cas une direction presque parallèle à la surface de la sérotine, et, dans le second cas, un trajet presque perpendiculaire à cette dernière.

Rohr décrit, en outre, les altérations que les artères centrales ont subies dans le cas qu'il a observé. La tunique interne de ces vaisseaux est hypertrophiée jusqu'au point où ils passent dans la sérotine, c'est-à-dire à l'endroit où la tunique moyenne disparaît. C'est là l'effet d'une endartérite, qui de cette facon a rétréci notablement la lumière de l'artère dans son trajet inter-musculaire. Ceci a eu pour conséquence un ralentissement du courant sanguin et la formation de caillots dans le grand espace ou lac sanguin. L'infarctus blanc du placenta rentre par suite dans la classe des thromboses produites par l'affaiblissement du courant sanguin, La fibrine, qui s'est déposée entre les villosités placentaires, les a accolées intimement.

ED. RETTERER.

PHYSIOLOGIE.

I. — Experiments on the electrical excitation, etc. (**De l'excitation électrique de l'aire visuelle de l'écorce cérébrale chez le singe**), par **A. SCHAFER** (*Brain, p.* 1, *avril* 1888).

II. — Schäfer on the temporal and occipital lobes, par **David FERRIER** (*Brain, p.* 7, *avril* 1888).

I. — L'aire visuelle corticale du singe comprend la totalité du lobe occipital. L'ablation des deux lobes occipitaux est suivie de cécité permanente. Il faut y joindre, en totalité ou en partie, le gyrus angulaire dont l'excitation détermine les mouvements des paupières. C'est là une question controversée, sur laquelle Ferrier, Munk et Luciani ne sont pas d'accord.

Voici les résultats des expériences de Schäfer.

L'excitation de la partie postérieure du gyrus angulaire, de l'extrémité supérieure de la circonvolution temporale moyenne, enfin de la totalité du lobe occipital, donne lieu à une déviation conjuguée des yeux du côté opposé. Le sens de la déviation oculaire varie suivant le point excité. Quand l'électrode est placé sur la partie postérieure du gyrus angulaire, l'œil se tourne en bas ; il se dirige en haut si l'excitation porte sur la partie postérieure du lobe occipital.

L'auteur tire les conclusions suivantes :

1. La totalité de l'aire visuelle d'un hémisphère est en rapport avec la moitié correspondante des deux rétines.

2. La zone supérieure de l'aire visuelle d'un hémisphère correspond à la partie supérieure de la moitié latérale des deux rétines; la zone inférieure, à la partie inférieure de cette moitié.

3. La zone intermédiaire de l'aire visuelle répond à la partie moyenne de la moitié correspondante des deux rétines. H. R.

II. — En réponse au mémoire de Schäfer sur la physiologie des lobes temporaux et occipitaux (*Brain*, janv. 1888), Ferrier reprend par de nouveaux arguments les conclusions déjà énoncées par lui dans de précédents mémoires.

Pour le sens de l'ouïe, il rappelle les faits expérimentaux dans lesquels l'ouïe reste intacte quand la circonvolution temporale supérieure n'est pas atteinte, tandis qu'elle est supprimée quand cette circonvolution est détruite. Il s'appuie également sur les faits pathologiques qui concordent avec cette donnée (fait de Shard, femme sourde et aveugle, à la suite d'une atrophie des gyrus angulaire et des circonvolutions temporo-sphénoïdales supérieures des deux hémisphères; cas de Wernicke et Friedländer, analogue).

Pour le sens du goût et de l'odorat, il oppose les faits positifs de Munk et Luciani aux hypothèses de Schäfer.

Enfin il prouve, par des expériences nouvelles, que la destruction d'une grande partie des lobes occipitaux est incompatible avec la conservation au moins relative de la vision. Au contraire, la destruction des gyrus angulaires entraîne la cécité. Le rôle de ce centre visuel est donc bien plus important que ne l'indique Schäfer. H. R.

Ueber die Veränderungen der Körpertemperatur... (La marche de la température à la suite de l'excitation chimique des régions motrices chez le chien), par LANDOIS (*Soc. méd. de Greifswald, 4 août* 1888).

L'auteur répand de la créatine en poudre sur le gyrus postcruciatus droit d'un chien anesthésié par l'éther. Au bout de 36 minutes, convulsions généralisées commençant au membre antérieur gauche, écume à la bouche, respiration saccadée. L'accès dure six minutes ; au bout de 10 minutes, second accès suivi de plusieurs autres ; le plus violent survient 1 heure 1/2 après le début de l'expérience : opisthotonos, râle trachéal, écume sanguinolente, coma, abolition des réflexes. A ce moment, la température atteint 45°. Pouls, 240. Respiration, 72. Une heure plus tard, agonie ; T.42°,3. Trois minutes après la mort, la nuque est rigide. La surface de la circonvolution qu'a touchée la créatine est injectée ; les poumons sont congestionnés et en partie atélectasiés.

L'élévation colossale de la température (45°) doit être attribuée à l'énorme travail musculaire des actions convulsives ; il faut tenir compte aussi de l'excitation des centres thermiques corticaux, qui sont précisément dans la région intéressée, et enfin de la dyspnée. L. GALLIARD.

Heat centres in man (Centres thermiques chez l'homme), par Isaac OTT (*Brain, p.* 433, *janvier* 1889).

Après avoir rapporté les différentes découvertes relatives aux centres thermiques cérébraux faites depuis 1884, Ott admet dans l'encéphale six centres principaux de chaleur.

(A.) Centre thermique antérieur, localisé à la scissure de Rolando. Deux faits cliniques à l'appui : coups de revolver ayant contusionné la région rolandique : stupeur, lenteur du pouls, dilatation pupillaire, pâleur, et température rapidement croissante jusqu'à la mort (104° F.). Mêmes symptômes, plus une hémiplégie, chez un individu qui avait reçu un éclat de fer dans le lobe frontal extérieur.

(B.) Centre de la région inférieure. On le démontre expérimentalement chez les chats : Page a rapporté un fait clinique confirmatif (fracture du crâne intéressant la partie postérieure du lobe temporo-sphénoïdal : température excessive 150°, trépanation, guérison).

(C.) Lésions du corps strié. Ce centre thermique est le plus facile à démontrer expérimentalement. Observations cliniques de Bourneville, White et Bogojawlensky à l'appui.

(D.) Lésions de la couche optique. Elles sont moins nettement prouvées cliniquement ; cependant il existe des faits de Beevor et d'Ollivier, où de hautes températures ont été observées. En somme, il semble que les centres thermogènes sont localisés au pourtour des ganglions basilaires de l'encéphale. H. R.

De l'inhibition, par Charles MERCIER (*Brain, p.* 361, *octobre* 1888).

Voici les conclusions de cet important mémoire :

1° Chaque décharge nerveuse succède normalement à un certain degré de résistance continue.

2° Chaque centre nerveux est normalement sujet à un contrôle perpétuel : c'est ce qui constitue l'inhibition.

3° L'inhibition n'est pas séparément exercée par certaines portions limitées de la substance grise, mais concurremment avec les autres fonctions nerveuses.

4° Chaque destruction du tissu nerveux produit un double effet, négatif et positif. Or ce dernier ne peut s'accomplir sans la destruction d'une inhibition.

5° Par suite, tous les centres nerveux reçoivent et rendent pour leur propre compte l'action inhibitrice.

Tous les centres nerveux contrôlent des centres plus simples, en même temps qu'il subissent le contrôle de centres plus complexes. Ceci peut s'énoncer par la proposition suivante : Les centres nerveux sont disposés en une hiérarchie. H. R.

I. — Die Hautgefässreflexe im physiologischen Zustande (Les réflexes vasculaires de la peau à l'état physiologique), par MARAGLIANO (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XLIV, p.* 265).

II. — Die Hautgefässreflexe bei Fiebernden (Les réflexes vasculaires chez les fébricitants), par LE MÊME (*Ibidem*).

I. — L'avant-bras d'un côté est enfermé dans un cylindre de verre hermétiquement fermé. Le pouls et les changements de volume d'origine vasculaire sont enregistrés sur un cylindre; le temps mesuré à l'aide d'un diapason Verdin. Comme moyen d'excitation, on se sert du courant électrique appliqué sur l'avant-bras du côté opposé. L'expérience a lieu dans une chambre isolée. On bande les yeux et les oreilles de l'homme en expérience pour éviter autant que possible les irritations visuelles ou auditives.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : Les irritations cutanées ne sont pas toujours suivies de réflexe vasculaire. Quand ils ont lieu, ces réflexes sont le plus souvent constricteurs, plus rarement dilatateurs. Le temps compris entre l'excitation cutanée et l'apparition du réflexe varie entre 3.1 à 6.8 secondes, suivant les individus. La réaction est à son maximum au bout de 2 à 14 secondes. Sa durée varie entre 15 à 65.5 secondes. Elle n'est pas toujours proportionnelle à l'irritation cutanée. Les réflexes cutanés sont beaucoup plus intenses après le repas et pendant le sommeil.

II. — Chez les fébricitants, le réflexe est tantôt constricteur, tantôt dilatateur. Souvent à la réaction principale succède chez eux une réaction secondaire, passagère, en sens contraire. Les réactions ne se font pas dans le même sens chez le même individu à la période de fièvre et à la période d'apyrexie. Pendant la période de fièvre, les réactions sont plus énergiques, plus rapides et plus durables que pendant les phases apyrétiques. Le contraire peut cependant s'observer. ALBERT MATHIEU.

Ueber den Herzmuskelton (Sur le bruit musculaire du cœur), par Ludolf KREHL (*Archiv für Anat. u. Physiologie, phys. Abth., p.* 253, 1889).

On ouvre la poitrine chez un chien d'après le procédé de Baxt et l'on fixe dans chaque oreillette par l'auricule, un petit instrument qui permet de suspendre à volonté le jeu des valvules auriculo-ventriculaires. L'instrument a la forme d'un tube dans lequel se trouve cachée une carcasse à ressort qui prend une forme sphérique lorsqu'on la pousse hors du tube. Poussée hors du tube, la carcasse sphérique se loge au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire et maintient les valvules béantes. Si l'on ausculte le cœur à ce moment, on constate que le premier bruit n'est pas ou est à peine modifié. Le premier bruit paraît donc bien être d'origine musculaire; ceci ne préjuge en rien la nature de la contraction du muscle cardiaque (secousse ou tétanos) puisque la secousse simple d'un muscle du squelette s'accompagne également d'un bruit musculaire (Mac William).

Le premier bruit du cœur s'entend également encore au cours d'une saignée mortelle alors que le second bruit a disparu et que certainement il ne reste plus assez de sang pour que les valvules auriculo-ventriculaires fonctionnent.

Enfin la contraction des oreillettes est également accompagnée d'un bruit qui précède naturellement le 1er bruit ou bruit ventriculaire. Peut-être faut-il expliquer le bruit pathologique du galop comme dû à l'exagération du bruit auriculaire.

LÉON FREDERICQ

Ueber die Veränderungen des Myocardiums... (Sur les changements éprouvés par le myocarde à la suite de la section des nerfs extra-cardiaques), par Joseph FANTINO (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 433, 1888).

L'auteur constate chez le lapin et le cobaye, à la suite de la section d'un seul pneumogastrique (la double section est mortelle comme on sait) de nombreux foyers d'altération dans la substance du myocarde. Ces foyers sont caractérisés par la dégénérescence régressive des fibres musculaires et une hypertrophie du tissu connectif interstitiel, modifications qui s'expliquent, d'après l'auteur, en admettant que le pneumogastrique contient des fibres trophiques présidant à la nutrition du myocarde. Les nerfs grand sympathique et dépresseurs pourraient être, au contraire, impunément coupés et ne contiendraient par conséquent pas de fibres trophiques.

LÉON FREDERICQ

Die Blutscheibchen sind constante Formelemente des normal circulirenden Säugethierblutes (Les hématoblastes sont des éléments qui existent constamment dans le sang normal pendant qu'il circule chez les mammifères), par C. LAKER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Phys.*, *Band CXVI*, *Heft* 1).

Grâce à un dispositif spécial et par l'emploi d'objectifs apochromatiques, Laker put étudier les éléments du sang qui circule dans l'aile de la chauve-souris. Il constata ainsi que les hématoblastes de Hayem se trouvent normalement dans les vaisseaux sanguins. Leur nombre dépasse même celui des leucocytes, mais ils sont moins abondants que les hématies. Ils circulent isolés au milieu des séries de globules rouges : il y en a de 20 à 50 qu'on peut voir traverser un capillaire, de sorte qu'il en passe un chaque seconde en un point donné du vaisseau. Ils sont parfois par groupes de 2, 3 et même de 20, sans jamais adhérer les uns aux autres. Dès qu'ils se mettent à s'accoler, on est en présence d'une altération du sang : c'est là ce qui explique l'interprétation erronée de Bizzozero qui a fait ses observations sur le mésentère.

Laker a pu les étudier également dans les veines où les hématoblastes circulent vers la périphérie du vaisseau et plus lentement que les globules rouges.

La plupart des hématoblastes de la chauve-souris vivante ont le tiers du volume des hématies ; mais il y en a de moins nombreux qui sont les uns plus grands et les autres plus petits que les premiers. Ils sont tous incolores et plus minces que les hématies, quand on considère le bord de ces dernières. Ils ont l'aspect de plaquettes ovalaires, quelquefois en forme de bâtonnet.

Ne pouvant décider, sur la chauve-souris vivante et *intacte*, si les hématoblastes avaient une portion centrale plus mince, comme l'enseigne Hayem, ou, des faces planes et parallèles, comme le prétend Bizzozero, Laker endormit des souris blanches avec un mélange de morphine et de chloroforme et examina le sang du mésentère. Dans ces conditions, il put

se convaincre que les hématoblastes avaient la forme biconcave des hématies. Il est, en effet, peu probable que l'action du chloroforme ait altéré la configuration des éléments sanguins circulant dans les vaisseaux des animaux endormis. ED. RETTERER.

Die Theilung der rothen Blutzellen bei Amphibien (La division des cellules rouges du sang chez les amphibiens), par TÖRÖK (*Arch. f. mikr. Anat.*, *Band XXXII*, *Heft* 4, 1888, 20 *p.*, 1 *pl.*).

Le noyau du globule sanguin au repos contient un réseau chromatique plus riche que toute autre cellule; c'est ce qui explique la taille considérable de la figure chromatique dans la karyokinèse. Il est digne de remarque que les filaments de cette dernière se colorent d'une façon beaucoup moins intense que les travées du réseau chromatique dans le noyau au repos, fait que l'on peut expliquer par la raréfaction de la substance chromatique dans le premier cas.

Török décrit les différentes phases de la division : le pelotonnement, l'orientation des filaments par rapport à un champ polaire, la division longitudinale des filaments, parfois très précoce, etc. La figure chromatique se répandant dans toute la cellule qu'elle arrive à occuper presque totalement, l'auteur voit dans ce fait un argument contre l'idée défendue par Pfitzner, d'une indépendance absolue du noyau et du protoplasma pendant le cours de la karyokinèse. A. PRENANT.

Neue Versuche zum Beweis der bipolären erregenden Wirkung des inducirten electrischen Stromes (Nouvelles recherches pour montrer l'action excitatrice bi-polaire du courant d'induction), par E. N. v. REGÉCZY (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLIV*, *p.* 127).

La méthode qui consiste à enregistrer les myogrammes au moyen de leviers fixés en deux points différents du muscle, permet de juger la question de savoir si l'excitation naît seulement à l'un des pôles. Il suffit de comparer les deux monogrammes dans leur début et dans leur durée. On constate ainsi qu'il y a réellement excitation aux deux pôles.

A. DASTRE.

Neues Verfahren zur Bestimmung der Fortpflanzungs... (Nouveau procédé pour la détermination de la vitesse de propagation de l'excitation dans le muscle, par E. N. v. REGÉCZY (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLIV*, *p.* 117).

Le muscle est tendu par un poids déterminé; il s'allonge jusqu'à un certain degré. On dispose aux deux extrémités supérieure et inférieure deux électrodes de manière à pouvoir l'exciter à l'un ou l'autre bout. Le levier du myographe est fixé au milieu du muscle au lieu de l'être à l'extrémité libre, comme dans les appareils ordinaires. On constate ce premier fait, c'est que le graphique de la contraction n'est pas le même lorsque l'on excite le bout supérieur ou le bout inférieur. L'effet de l'excitation est assimilé, suivant l'hypothèse de Gad, à un excès de charge qui étend les parties non encore contractées. On comprendrait dès lors qu'en excitant la partie inférieure, l'allongement fût plus grand et le début du myogramme plus tardif que lorsqu'on excite la partie supérieure. Le raisonnement de l'auteur le conduit à une conclusion directement

contraire, et ses déterminations numériques concordent avec cette conclusion. On peut déduire de la mesure des périodes latentes, en excitant le muscle en deux points différents, la valeur de la vitesse de propagation de l'excitation. (Voyez *R. S. M.*, XXXIV, 30.) DASTRE.

Ueber einen physiologischen Unterschied der Haut des Europäers und der des Malaien (Sur une différence physiologique de la peau chez l'Européen et le Malais), par GLOGNER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVI, Heft* 3).

Glogner institua une série d'expériences calorimétriques sur vingt soldats européens et sur vingt soldats malais. Elles montrent que la peau brune du Malais est meilleure conductrice de la chaleur que celle de l'Européen, car, en général, un centimètre carré de peau de Malais émet en une demi-heure 10 calories et demie, tandis qu'un centimètre carré de peau d'Européen n'en perd que 8 calories 7 dixièmes. Ces chiffres indiquent combien l'Européen est peu favorisé, en comparaison du Malais, au point de vue de la déperdition du calorique. ED. RETTERER.

Note sur la courbe d'élasticité des tissus animaux, par Charles ROY (*The Journal of physiology, t. IX, p.* 227).

Ces courbes sont construits en prenant les poids comme abscisses et les élongations comme ordonnées. L'auteur avait nié que ces courbes fussent des hyperboles ou des paraboles. Il revient sur cette assertion. Il s'est assuré que c'étaient bien réellement des hyperboles, non pas seulement d'une manière approchée, mais d'une manière rigoureusement et mathématiquement exacte. A. D.

Die elektrische Geruchsempfindung (La sensation olfactive produite par l'électricité. Nouvelles preuves), par Ed. ARONSOHN (*Centralbl. f. med. Wiss., p.* 270, 1888).

L'auteur relate une nouvelle série d'expériences faites sur douze personnes, confirmant les résultats de ses premières recherches. Dix des douze sujets examinés ont nettement perçu une sensation olfactive particulière pendant l'électrisation de la région nasale olfactive. L. F.

I. — Zur Kenntniss von der Innervation des Kehlkopfes (Sur l'innervation du larynx), par Sigm. EXNER (*Centralbl. f. Physiologie, p.* 629, 1888).

II. — Zur Frage vom Nervus laryngeus medius, par A. ONODI (*Centralbl. f. med. Wiss., p.* 961, 1888).

I. — Les muscles thyro-aryténoïdien interne et inter-aryténoïdien (aryténoïdien oblique et transverse) sont animés chez le chien et chez le lapin par le nerf laryngé inférieur. Mais ils reçoivent également des branches nerveuses provenant du nerf laryngé supérieur. Ces branches ne sont pas motrices mais trophiques : leur excitation ne provoque pas de contractions dans les muscles en question, tandis que leur section est suivie de phénomènes de dégénérescence des fibres musculaires.

Ce fait est à rapprocher d'une découverte analogue que H. Möller (*das Kehlkopfpfeifen der Pferde*, le sifflement laryngé du cheval, 1888) vient de faire chez le cheval. Ici tous les muscles du larynx sont animés par le nerf laryngé récurrent, et cependant tous reçoivent des fibres tro-

phiques du laryngé supérieur; car après section de ce dernier nerf on observe dans tous ces muscles des signes de dégénérescence.

II. — Le nerf laryngé moyen n'a pas l'indépendance morphologique qu'Exner lui attribue. Il se compose de fibres empruntées à la branche externe du laryngé supérieur et au rameau pharyngien du pneumogastrique. L'excitation de la branche externe du laryngé supérieur ou celle des branches de communication venant du rameau pharyngien provoquent des contractions dans le muscle crico-thyroïdien (chez le chien). La section des deux branches de communication amène la dégénérescence du muscle crico-thyroïdien, sauf la partie médiane (innervée par le rameau externe du laryngé supérieur).

D'après Onodi, une partie des fibres motrices du laryngé supérieur quitte le tronc de ce nerf, pénètre dans le rameau pharyngien du pneumogastrique qu'il abandonne ensuite sous le nom de rameaux de communication pour atteindre le muscle crico-thyroïdien auquel elle est destinée. LÉON FREDERICQ.

Studien über die Innervation der Athembewegungen (Études sur l'innervation des mouvements respiratoires, par LANGERDORFF (*Archiv f. Anat. u. Physiologie, phys. Abth., p.* 283, 1888).

Le centre respiratoire de l'Idotea entomon. — Le centre respiratoire occupe chez l'Idotea (crustacé isopode) les différents ganglions abdominaux de la chaîne ventrale, au niveau de l'origine apparente des nerfs qui vont aux muscles des branchies abdominales. En effet, les mouvements respiratoires persistent encore après une section transversale pratiquée au niveau du septième anneau du corps, de manière à isoler la région abdominale plus le dernier segment portant des pattes.

Pas plus que Félix Plateau et Chalande, Langendorff n'a pu découvrir de mouvements respiratoires chez les Myriapodes.

Sur l'activité automatique du centre respiratoire des vertébrés, par C. Franck et O. Langendorff. — Après division transversale des parties du système nerveux, situées au-dessus des centres respiratoires bulbaires et après section des pneumogastriques, on observe généralement (chez le lapin) des convulsions respiratoires. Ces convulsions n'indiquent nullement, comme l'ont admis Kronecker et Marckwald, que les centres respiratoires isolés sont incapables d'entretenir le rythme normal de la respiration; elles constituent un phénomène accidentel, d'intensité variable, dû aux graves lésions des centres nerveux et à l'hémorragie inévitable qui les accompagne. Dans certains cas, ces convulsions manquent et la respiration conserve un rythme normal. Si ces convulsions ne se montrent pas tant que les pneumogastriques sont intacts, c'est que ces nerfs, grâce à la présence des fibres d'expiration qu'ils contiennent, sont capables d'arrêter, dès le début, les mouvements exagérés d'inspiration qui tendent à se produire (régulation découverte par Hering et Breuer) après les lésions graves du système nerveux central. On sait, en effet, que toute dilatation du poumon exerce, par l'intermédiaire des fibres sensibles du pneumogastrique, une action d'arrêt sur l'activité des centres d'inspiration et suspend la respiration en expiration.

Il suffit de couper un des pneumogastriques, et de percer la plèvre de l'autre côté du corps, de manière à empêcher le poumon de se dilater

pour voir aussitôt se produire les convulsions respiratoires chez les lapins dont les centres nerveux supérieurs ont été détruits.

Les centres respiratoires isolés sont donc parfaitement en état d'entretenir le rythme normal de la respiration. Les phénomènes de l'apnée, de la dyspnée et de l'asphyxie se montrent avec toutes leurs particularités caractéristiques chez les animaux dont les centres respiratoires ont été isolés.

Les mouvements d'expiration de la grenouille. L'expiration chez la grenouille est purement passive et due à l'élasticité des poumons distendus par l'inspiration précédente.

(Voy. communicat. précéd., *Revue gén.*, XXXIII, 283). LÉON FREDERICQ.

I. — Zur Frage nach dem Beitrage der Residualluft (A propos de la valeur de l'air résidual), par L. HERMANN (*Archiv für die gesammte Physiol., XLIII, p.* 236).

II. — Berechtigung zu der Untersuchung... (Rectification à propos de la recherche de B. Jacobson relativement à l'air résidual), par L. HERMANN (*Ibid., XLIII, p.* 440).

I. — Les valeurs assignées par différents auteurs à l'air résidual varient considérablement, de 663 à 13169 centimètres cubes. La question devait être reprise. Elle l'a été par B. Jacobson, sous la direction de Hermann. On opérait sur le cadavre humain : on comprimait aussi fortement que possible l'abdomen et la poitrine et l'on bouchait alors la trachée. Les poumons enlevés avec précaution étaient immergés dans de l'eau, dont on mesurait le volume déplacé. Celle-ci représente le volume de l'air, plus le volume propre de l'organe. On peut évaluer ce dernier d'après le poids et le poids spécifique, 1,05 ou 1,06. Les chiffres obtenus ainsi ont varié de 434 à 1023 centimètres cubes.

II. — Il y a eu dans le mémoire précédent une faute de calcul. L'auteur a multiplié le poids du poumon par le poids spécifique 1,06 au lieu de diviser, pour avoir le volume. Il faut donc modifier les chiffres. Les valeurs extrêmes de l'air résidual sont alors 646 et 1205, et la valeur moyenne est 981 centimètres cubes, nombre qui s'accorde avec ceux de H. Davy, Pflüger et Kochs. DASTRE.

Der Donders'che Druck und die Gasspannungen in der Pleurahöhle (La pression de Donders et la tension gazeuse dans la cavité pleurale), par W. EINTHOVEN (*Archiv für die gesammte Physiol., XLIV, p.* 162).

L'auteur a cherché à déterminer les tensions de l'oxygène, de l'azote et de l'acide carbonique dans la cavité pleurale ; la somme de ces trois tensions partielles reste inférieure à celle de l'air parce que l'oxygène est lié chimiquement, et c'est pourquoi la pression intra-thoracique reste négative. Au moyen d'un manomètre spécial, l'auteur introduisait dans la cavité pleurale d'un chien un mélange gazeux de composition connue; il l'aspirait un peu plus tard et en déterminait la composition. La tension moyenne de l'acide carbonique dans les plèvres paraît être de 5 0/0 de la pression atmosphérique. La composition du mélange gazeux injecté se modifie jusqu'à ce que la pression partielle de l'acide carbonique atteigne précisément cette valeur. Cet équilibre s'établit assez rapidement.

Pour l'oxygène, il est atteint plus lentement. La pression est alors en moyenne, 7.5 0/0. Celle de l'azote s'obtient par différence; elle est de 80 0/0. La somme de ces tensions, évaluée en colonne de mercure et en tenant compte de la tension de la vapeur d'eau, est 706 $^m/_m$. Elle est inférieure de 54 $^m/_m$ à la pression atmosphérique. L'auteur applique ces déterminations aux cas de pneumothorax dont elles expliquent les particularités relatives à la composition et à la tension de l'épanchement gazeux. DASTRE.

Neue Versuche an den Ohrbogengängen (Nouvelles recherches sur les canaux de l'oreille), par J. BREUER (*Archiv f. die gesammte Physiol.*, *XLIV*, *p.* 135).

Baginski (1881) a conclu de ses recherches que la destruction d'un canal semi-circulaire ne pourrait avoir aucun retentissement sur le cerveau et qu'il fallait renoncer à leur attribuer aucun rôle quant au sens de l'espace. Breuer conteste cette conclusion. Il s'est arrangé de façon à exciter isolément et exclusivement l'ampoule de chaque canal semi-circulaire et il a vu se produire des mouvements de la tête en rapport avec la direction du canal correspondant. On peut préparer facilement les ampoules osseuses chez le pigeon en se servant de l'excavateur des dentistes. On excite avec une goutte d'eau glacée, un fil rougi — ou par le contact d'un objet léger; ou enfin dans des conditions déterminées avec le courant électrique. Il n'y a point alors d'excitation du cervelet et l'on observe pourtant les mouvements de la tête, caractéristiques. Le cervelet est seulement le centre réflexe correspondant à l'organe sensoriel périphérique placé dans le vestibule. Les mouvements ont été déterminés, dans quelques recherches, par les courants de l'endolymphe dont la direction détermine celle du mouvement. Le phénomène du vertige électrique se produisait dans des conditions qui excluent l'intervention d'une diffusion électrique sur le cerveau. DASTRE.

Sur le mécanisme des mouvements de l'iris, par CHAUVEAU (*C. R. Soc. biologie*, 14 *avril* 1888).

Physiologiquement, l'iris se comporte comme s'il n'avait point de muscle radié, et, si ce muscle existe, il n'agit pas autrement que le feraient des rayons purement élastiques qui ramèneraient le petit cercle de l'iris vers le grand, quand la contraction du sphincter irien se relâche ou cesse tout à fait. Tout le mécanisme des mouvements pupillaires réside dans l'action de ce dernier muscle. Le sphincter irien se contracte assez brusquement au moment où la rétine est éclairée, et reste contracté (avec toutes les oscillations connues) pendant tout le temps de l'éclairage. Que celui-ci s'affaiblisse ou cesse d'agir, et le muscle sphincter se décontracte plus ou moins, suivant les cas, mais toujours avec plus de lenteur qu'il n'est entré en contraction. C'est exactement le cas d'un muscle qu'on excite ou qu'on cesse d'exciter par l'intermédiaire de son nerf moteur. PAUL LOYE.

Nouvelles recherches expérimentales sur les principes acides du suc gastrique et sur celui du suc intestinal, par POULET (*Archives de physiologie*, 1er *octobre* 1888).

Les acides du suc gastrique et celui du suc intestinal étant également cristallisables, ainsi que leurs sels, la dialyse offrait un moyen commode et sûr de parvenir à leur extraction.

Le suc gastrique des omnivores adultes et notamment de l'homme sain, ne renferme, dans la première période de la digestion, que le seul acide hippurique.

Vers la fin de la digestion, on y trouve un mélange d'acide hippurique et d'acide tartrique.

Ce dernier est le seul constatable dans la sécrétion du suc gastrique à l'état de vacuité de l'estomac.

Avant le sevrage, on ne trouve guère que de l'acide tartrique dans le suc gastrique ; il en est de même chez les carnassiers adultes.

Chez l'homme dyspeptique, on peut constater, un quart d'heure environ après le repas, l'existence simultanée de l'acide tartrique et de l'acide hippurique dans le suc gastrique.

Le suc gastrique de l'homme vivant, sain ou malade et celui des animaux ne renferment aucune trace soit d'acide lactique des fermentations, soit même d'acide sarcolactique.

L'acide hippurique du suc gastrique possède toutes les propriétés de celui que l'on retire de l'urine des herbivores. Mais l'acide tartrique du suc gastrique diffère de l'acide végétal par quelques-unes de ses propriétés.

Le suc intestinal est acide dans toute l'étendue de l'intestin grêle pendant la période de la digestion intestinale. Il doit son acidité à l'acide tartrique. A. GILBERT.

Die Umwandlung der Kartoffelstärke im menschlichen Magen (La transformation de la fécule de pommes de terre dans l'estomac humain), par H. ZEEHNISSEN (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 593 *et* 609, 1888).

L'auteur formule ses conclusions de la façon suivante :

1. Le contenu normal de l'estomac recueilli après l'ingestion d'œuf et d'eau, n'agit *in vitro* sur l'amidon soluble, que si cette substance est en excès et si l'acidité du mélange ne dépasse pas une certaine limite. Dans ce cas, la transformation de l'amidon en dextrine et maltose est complète quoique lente.

2. L'amidon soluble est rapidement transformé à l'intérieur de l'estomac de l'homme :

a) Dans l'estomac à vide ou présentant un contenu à réaction neutre ou faiblement acide, l'amidon se transforme en maltose et dextrine.

b) Après ingestion d'aliments (œufs et eau) ou lorsque le contenu de l'estomac est fort acide, l'amidon est rapidement transformé en produits inconnus parmi lesquels ne figure pas le sucre. LÉON FREDERICQ.

Ueber die motorischen Verrichtungen des Magens (Fonctions motrices de l'estomac), par OPPENHEIMER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 7, *p.* 125, 1889).

Considérant l'indépendance motrice des deux moitiés de l'estomac,

l'auteur admet que chaque moitié a non seulement sa disposition musculaire, mais aussi son innervation spéciale.

Au moment de la péristole, quand toute la musculature est en état de contraction tonique, le pylore reste fermé, rien ne passe dans le duodénum. De même, pendant les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques, l'ouverture du pylore n'est pas sollicitée; il est donc probable que l'ouverture du pylore est non pas consécutive aux mouvements de l'estomac, mais primitive, et que les mouvements sont secondaires.

Quelles sont les causes de la dilatation du pylore? Tous les phénomènes d'excitation qui ont pour théâtre l'estomac déterminent non pas l'ouverture, mais l'occlusion du pylore. Donc il faut chercher en dehors de l'estomac. C'est dans l'intestin qu'on trouve l'explication du phénomène. On sait que les liquides refluent aisément de l'intestin dans l'estomac; les excitations intestinales ont, dans bien des cas, pour effet d'amener dans l'estomac le contenu de l'intestin. Inversement, quand on irrite l'intestin des sujets porteurs de dilatation gastrique au moyen des drastiques, le contenu de l'estomac passe dans l'intestin.

La dilatation du pylore serait donc une fonction de l'intestin et non de l'estomac.

L'auteur cherche à expliquer son hypothèse par la disposition anatomique des faisceaux musculaires. L. GALLIARD.

Die spontane Saftabscheidung des Magens im Nüchternen (La sécrétion gastrique à jeun), par **J. SCHREIBER** (*Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmakol., XXIV, p.* 365 *et* 378).

Schreiber, en pratiquant le sondage de l'estomac chez des individus sains, à jeun, trouva presque constamment (14 fois sur 15) dans le tube une sécrétion faiblement acide (0,05 à 0,18 0/0 d'HCl), ne provenant nullement de l'irritation de la muqueuse par la sonde.

La quantité de suc gastrique trouvée ainsi à jeun était d'ordinaire de quelques centimètres cubes.

Schreiber dit même avoir rencontré constamment une sécrétion acide pendant le jeûne. Il semble admettre comme fort probable que la salive introduite dans l'estomac est, à elle seule, susceptible de provoquer le fonctionnement des glandes stomacales, même pendant le jeûne.

WINTER.

De la dualité anatomique et fonctionnelle des éléments des glandes gastriques, par **MONTANÉ** (*C. R. Soc. biologie, 29 décembre* 1888).

Les cellules bordantes des glandes gastriques sont distinctes des cellules principales, au triple point de vue anatomique (forme différente, siège différent), chimique (leur protoplasme fixe l'éosine, tandis que les cellules principales fixent l'hématoxyline) et physiologique. Les cellules bordantes présentent après l'abstinence des modifications considérables. L'auteur croit que les cellules bordantes sécrètent la portion séreuse la plus importante du suc gastrique, et que les cellules principales fournissent du mucus. PAUL LOYE.

Experimentelle Untersuchungen über den localen Einfluss des Chlornatrium auf die Magensaftsecretion (Recherches sur l'influence locale du chlorure de sodium sur la sécrétion gastrique), par N. REICHMANN (Varsovie) (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak., XXIV, p.* 78).

Reichmann montre, par des lavages chez l'homme à jeun, que l'action locale du chlorure de sodium n'entraîne pas une augmentation de la sécrétion gastrique, mais en diminue et l'acidité et la quantité. Ces résultats peuvent être obtenus non seulement avec des solutions fortes de chlorure alcalin (5 à 10 0/0), mais aussi avec des solutions faibles (1 à 2 0/0).

Reichmann attribue cette diminution de l'acidité à la neutralisation du contenu stomacal par une transsudation alcaline des vaisseaux. L'élimination du mucus se trouve peu influencée. WINTER.

Influence de l'absorption des chlorures sur l'acidité du suc gastrique, par GIRARD (*Revue médic. Suisse romande, VIII,* 751, *décembre* 1888).

En étudiant sur un chien porteur d'une fistule stomacale l'influence de l'absorption des chlorures sur l'acidité du suc gastrique, Girard a obtenu avec le sel de cuisine des résultats sensiblement différents de ceux de Herzen.

Introduit dans l'estomac, le chlorure de sodium n'a pas augmenté la quantité d'acide chlorhydrique contenu dans le suc gastrique; à doses massives, il a provoqué une sécrétion abondante de mucus, neutralisant le liquide stomacal précédemment acide.

Mais l'injection rectale d'une solution de 5 à 7 grammes de sel de cuisine a été, dans presque tous les cas, bientôt suivie de la sécrétion abondante d'un suc gastrique très riche en acide chlorhydrique et en pepsine. J. B.

Ueber Magensäuren bei Genuss von Kohlehydraten (Les acides de l'estomac dans la digestion des carbures d'hydrogène), par Ch. ROSENHEIM (*Centralbl. f. d. med. Wiss., p.* 274, 1888).

Pour Ewald et Boas, il y a dans la digestion trois périodes, au point de vue des acides rencontrés dans le suc gastrique: dans une première il n'y a que de l'acide lactique; dans la seconde, un mélange d'acide lactique et d'acide chlorhydrique; dans la troisième, l'acide chlorhydrique seul persiste. Rosenheim pense, au contraire, que les deux acides existent simultanément du début à la fin de la digestion; leur proportion seule varie. Il n'y aurait donc pas lieu d'établir d'antagonisme entre les deux. A. MATHIEU.

Ueber das Labferment nebst Bemerkungen über die Production freier Salzsäure bei Phthisikern (Du ferment de la présure, avec remarques sur la production d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac des phtisiques), par Carl ROSENTHAL (*Berlin. klin. Woch., n°* 45, *p.* 907, 5 *novembre* 1888).

Rosenthal a repris sur quelques points l'étude du ferment de la présure faite par Boas (*R. S. M.*, XXXI, 38, et XXXII, 434). La température de 40° centigrades est la plus favorable à son action; celle-ci se révèle

déjà, surtout s'il existe de l'acide chlorhydrique libre, au bout de deux à cinq minutes. La coagulation du lait est parfaite en moyenne au bout de huit minutes, temps beaucoup plus court que celui indiqué par Boas. Le lait caillé par des acides forme un précipité floconneux, tandis que le lait caillé par le ferment de la présure forme un caillot compact, analogue à celui qui se forme dans le lait abandonné à la coagulation spontanée due au bacterium lacticum. Autre point d'analogie, le sérum du lait caillé par le ferment de présure et celui du lait caillé spontanément possèdent encore la propriété de coaguler du lait.

Comme Boas, Rosenthal a constaté que la présence d'une certaine quantité de bile dans l'estomac paralyse l'action du ferment de la présure. Mais en revanche il nie que la présence d'acides libres dans le contenu stomacal soit indispensable à la production de ce ferment. Rosenthal a reconnu que le ferment de la présure ne digère nullement la fibrine.

Il annonce, enfin, avoir découvert que chez les phtisiques, à quelque période que ce soit de la maladie, l'estomac ne contient jamais d'acide chlorhydrique libre, bien que les malades aient un appétit et une digestion convenables (*R. S. M.*, XXVI, 434; XXXII, 439, et XXXII, 434 et 435). J. B.

Ueber den Einfluss des galvanischen Stromes auf die Magensaftabscheidung (Influence des courants galvaniques sur la sécrétion du suc gastrique), par August HOFFMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 12, *p.* 245, *et n°* 13, *p.* 275, 25 *mars et* 1er *avril* 1889).

Hoffmann a d'abord répété les expériences de Ziemssen sur des chiens pourvus de fistule gastrique, et a reconnu que l'application cutanée des courants galvaniques excite la sécrétion du suc gastrique.

Il a fait ensuite sur des hommes à estomac sain, en prenant toutes les précautions convenables, des expériences qui l'ont conduit au même résultat. Le pôle positif était appliqué sur le dos et le pôle négatif sur l'épigastre. Le courant, renforcé graduellement jusqu'à 50 milliampères, était prolongé 20 minutes. J. B.

Vergleichende Untersuchungen über die Ernährung mit gemischter und rein vegetabilischer Kost mit Berücksichtigung des Eiweissbedarfes (Recherches comparées sur l'alimentation végétale et mixte, avec des considérations sur le besoin des albuminoïdes), par Munco KUMAGAWA (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXVI*, *Heft* 3).

Les recherches expérimentales ont montré à Kumagawa qu'il suffit, pour maintenir le poids de l'organisme, de lui amener suffisamment de calories avec n'importe quel aliment ; sauf une petite quantité d'albuminoïdes, il est indifférent dans quelle proportion chaque aliment en particulier est ingéré. A l'encontre de la doctrine de Voit, il trouve qu'un homme adulte qui ingère moins d'albuminoïdes qu'il n'en use dans l'inanition peut non seulement maintenir la quantité des substances azotées, mais encore augmenter les substances albuminoïdes, si la graisse ou les hydrates de carbone sont ingérés de telle façon qu'ils représentent le nombre de calories nécessaire. Ces propositions sont en harmonie avec ce fait d'observation à savoir que les animaux qui développent le plus de

force, tels que le cheval, l'éléphant, le renne, etc., sont herbivores ; malgré la faible quantité d'albuminoïdes qu'ils ingèrent, ils ont un système musculaire très puissant. ED. RETTERER.

Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Darmbewegungen bei herabgesetzter Körpertemperatur (Recherches expérimentales sur les mouvements de l'intestin à basse température), par C. LÜDERITZ (*Arch. f. pathol. Anat.*, *Band CXVI*, *Heft* 1).

Lüderitz abaisse rapidement la température de jeunes lapins jusqu'à 34° et 8°, puis il les porte dans un bain de sel marin à 0,6 0/0, qui se trouve à la même température. Il leur ouvre le ventre, et au bout de quelque temps de repos il provoque des excitations sur l'intestin. Les animaux présentent d'abord des contractions spontanées de l'intestin, même à la température de 7°,6. Les excitations (mécanique, chimique, électrique) donnent également lieu à des contractions rapides et énergiques.

ED. RETTERER.

CHIMIE MÉDICALE.

I et II. — Ueber das Nuclein der Hefe und künstliche Darstellung eines Nucleins aus Eiweiss und Metaphosphorsäure (Sur la nucléine de la levure de bière et la préparation artificielle d'une nucléine par l'albumine et l'acide métaphosphorique), par Leo LIEBERMANN (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*, *t. XXI*, *p.* 598, *et Centralblatt für die m. Wissenschaften*, *p.* 210-225, 1888).

III. — Ueber Nuclein, par KOSSEL (*Centralblatt. f. med. Wiss.*, *p.* 417; 1889).

IV. — Ueber Nuclein, par Leo LIEBERMANN (*Ibidem*, *p.* 497; 1889).

I et II. — La nucléine de la levure de bière, traitée par les acides étendus, donne de l'acide métaphosphorique et perd ses propriétés caractéristiques. Si, en effet, on abandonne ensemble au froid de l'acide chlorhydrique et de la nucléine, il se sépare de l'acide métaphosphorique. En s'appuyant sur ces observations, l'auteur précipita une solution d'albumine par l'acide métaphosphorique, il lava le précipité avec de l'eau jusqu'à ce que tout l'acide phosphorique fut enlevé, et finalement lava avec de l'alcool, puis de l'éther.

La poudre blanche ainsi obtenue présente les caractères suivants, qui sont ceux de la nucléine : 1° elle n'est point digérée par le suc gastrique; 2° elle rougit d'une manière très intense le papier de tournesol rouge, et cependant, en la lavant avec de l'eau, cette eau ne rougit pas le tournesol, et en la faisant bouillir avec de l'acide nitrique, on ne peut trouver aucune trace d'acide phosphorique ; 3° chauffée de manière à chasser les vapeurs, elle laisse un charbon extrêmement acide, qui est lui-même difficilement combustible; 4° en présence de l'acide nitrique et de l'acide chlorhydrique, elle se comporte absolument comme la nucléine de la

levure de bière; 5° avec les solutions d'iode elle prend une couleur jaune orange très intense qui ne disparaît pas par l'ébullition avec de l'eau; 6° avec une solution ammoniacale de carmin, elle passe au violet intense; 7° elle se dissout dans les solutions alcalines étendues; 8° elle ne produit pas avec l'acide nitrique une coloration jaune aussi intense que les matières albuminoïdes; 9° elle donne la réaction de Millon comme les autres matières albuminoïdes.

La quantité de phosphore contenue dans cette combinaison oscille de 2,58 à 2,67.

L'auteur a cherché ensuite comment se comporte la xanthine dans les mêmes conditions. Quand on mêle une solution de xanthine dans une solution de soude avec une solution claire d'albumine de l'œuf et qu'on ajoute une solution d'acide métaphosphorique, on obtient un précipité que l'on lave avec de l'eau. Puis, quand on le recueille sur un filtre et qu'on le lave avec de l'eau ammoniacale ou avec de l'eau bouillante, on obtient, dans les deux cas, de la xanthine dans le liquide filtré. La nucléine de la levure de bière se comporte exactement de cette manière. Il suffit de la laver sur le filtre avec une solution ammoniacale ou avec de l'eau bouillante pour trouver la xanthine dans la solution.

Pour reconnaître la xanthine, on évapore la solution avec de l'acide nitrique dans une capsule de porcelaine. Il reste un résidu jaune citron qui, à froid, avec les solutions de soude, devient jaune brun.

La guanine est précipitée de ses solutions alcalines par l'acide métaphosphorique en flocons blancs qui prennent l'aspect cristallin sous l'influence d'un excès d'acide phosphorique. Ce dernier précipité ne renferme pas de guanine, mais le premier est une combinaison de guanine, d'acide métaphosphorique et de soude.

La xanthine et la guanine jouent donc un rôle semblable dans les nucléines, elles sont précipitées dans les liquides des tissus par l'acide métaphosphorique et sont naturellement mêlées à la xanthine.

L'hypoxanthine se comporte différemment, elle n'est pas précipitée par l'acide métaphosphorique.

III. — Kossel rappelle qu'on donne le nom de nucléine à une substance que l'on extrait des différents organes à l'aide des alcalis, la précipitation par les acides et ensuite l'action de la pepsine. Ces substances se rangent en deux groupes : l'un, bouilli avec les acides, donne comme produit : albumine (non constant), acide phosphorique, et une série de bases azotées : hypoxanthine, xanthine, adénine, guanine, ce qui prouve qu'il a des rapports avec la composition des cellules; l'autre, que l'ébullition avec les acides étendus transforme seulement en albumine et en acide phosphorique.

Liebermann admet la présence d'acide phosphorique qui précipiterait dans les liquides des tissus la xanthine, la guanine, l'adénine et la carnine, mêlées avec des matières albuminoïdes, et il pense que la nucléine ne serait qu'un précipité d'albumine avec l'acide métaphosphorique et des métaphosphates des autres bases. La preuve en est d'après lui que l'acide métaphosphorique précipite ces bases en l'absence d'albumine et que le précipité est insoluble dans les acides. Mais selon Kossel, ce fait n'est pas exact pour la xanthine, l'adénine et l'hypoxanthine. La carnine

n'est pas un produit de dédoublement de la nucléine comme Liebermann le suppose à tort.

1° Il faut admettre dans cette théorie que ces bases préexistent dans les tissus. Mais cette supposition ne peut être admise, car ces bases ne sont pas contenues dans le sang, mais dans les éléments figurés des tissus.

2° Enfin, pour être sûr de la présence de l'acide métaphosphorique qui n'a pas encore été signalé dans l'organisme, il faudrait l'avoir isolé.

IV. — Liebermann répond que, s'il n'a point isolé cet acide, il a prouvé sa présence ainsi qu'il suit :

1° Quand on lave avec un acide étendu la nucléine, on obtient un liquide qui précipite l'albumine, et qui, après l'ébullition avec les acides, donne les réactions de l'acide phosphorique tribasique ; 2° quand on enlève le corps qui précipite l'albumine et se transforme à l'ébullition en acide phosphorique tribasique, la nucléine a perdu ses propriétés caractéristiques.

Liebermann fait remarquer qu'il n'a étudié que la nucléine de la levure de bière.

L'objection de Kossel sur la précipitation de la xanthine ne porte pas. Il avait déjà indiqué le même fait. (Voir plus haut.)

Il ajoute que tous ces résultats ont été contrôlés par Mischer. E. HARDY.

Chinon als Reagens auf Amidosäuren, besonders Leucin und Sarkosin (Emploi de la quinone comme réactif des acides amidés, spécialement de la leucine et de la sarcosine), par C. WURSTER (*Centralblatt für Physiologie, p.* 590 ; 1888).

Une solution aqueuse bouillante de tyrosine, additionnée d'une trace de quinone en substance, montre, au bout de quelques minutes, une coloration rouge rubis qui vire au violet par addition de carbonate de sodium. Cette réaction paraît être commune aux acides amidés, le glycocolle, la taurine, l'asparagine, l'acide aspartique, la donnent.

Le chlorhydrate de sarcosine (méthylglycocolle) ne donne pas de coloration par la quinone seule ; mais, additionné en outre de carbonate de sodium, il prend une teinte rouge bordeaux, non soluble dans l'éther et qui, par l'acide acétique glacial, passe au rouge rubis.

L'ammoniaque ne donne, en général, avec le carbonate de sodium et la quinone qu'une coloration jaune, brune ou verdâtre. Cependant on obtient parfois une teinte rouge violette. La matière rouge est ici soluble dans l'éther, elle persiste si l'on ajoute de l'acide acétique glacial, ce qui n'est pas le cas pour la matière violette produite par les acides amidés. LÉON FREDERICQ.

Bemerkungen über einige Eiweissproben (Remarques sur quelques réactions de l'albumine), par N. KOWALEWSKY (*Petersb. med. Wochenschr.*, n° 23, 1887, *et Centralbl. f. d. m. W.*, n° 7, 1888).

Kowalewsky fait remarquer que l'acide métaphosphorique et l'acide acétique additionnés de ferrocyanure de potassium perdent beaucoup de leur sensibilité quand la solution à examiner a été auparavant saturée de sulfate de magnésie pour précipiter la globuline. Le précipité produit

par ces acides est en effet soluble dans la solution de sulfate de magnésie. Cette solubilité disparaît lorsque les acides sont très concentrés. A. M.

Ricerche quantitative sulle sostanze albuminose del siero dei trasudati ed essudati e del siero sanguigno in varie malattie, par G. MYA et A. VIGLEZIO (*Archivio italiano, Rivista clinica di med., octobre* 1888).

Le rapport des substances albumineuses du sérum sanguin est profondément modifié par divers états morbides : la globuline augmente le plus habituellement, tandis que la fibrine décroît. Ces modifications sont d'ailleurs parfaitement conformes à celles que présentent les épanchements sanguins des séreuses.

Une augmentation de presssion dans le système circulatoire accroît la diffusibilité de la sérine, et non celle de la globuline, par conséquent les troubles circulatoires entraînent dans les exsudats une augmentation de la sérine.

Les inflammations séro-fibrineuses et purulentes des séreuses produisent des exsudats plus riches en globuline qu'en sérine.

Les pleurésies séreuses simples donnent des épanchements qui se rapprochent plus des simples exsudats que des liquides inflammatoires.

Les séreuses non enflammées impriment aux liquides qui se forment dans leurs cavités des particularités qui pour chacune d'elles sont caractéristiques. A. SIREDEY.

Globulinbestimmungen in Ascitesflüssigkeiten, par FICHTNER (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLIV, p.* 323).

Hofmeister a montré qu'à l'aide du sulfate d'ammoniaque en solution saturée, on pouvait séparer l'albumine de la globuline. La globuline précipite en effet lorsque le liquide renferme 24,11 0/0 du sel, et l'albumine lorsqu'il y en a 33,55. Fichtner a examiné le liquide ascitique dans 10 cas : 4 de cirrhose hépatique, 1 de syphilis du foie, 2 de cancer secondaire du péritoine, 2 d'asystolie. Il est arrivé à cette conclusion que si le poids de l'albumine totale varie à peu près parallèlement à la densité du liquide ascitique, les variations de la globuline sont au contraire très irrégulières : parfois elle est en quantité égale à celle de l'albumine, d'autres fois il n'y en a que des traces. A. MATHIEU.

Der Eiweissgehalt der Oedemflüssigkeiten (Richesse en albumine de la sérosité œdémateuse), par J. A. HOFFMANN (*D. Arch. f. klin. med., Band XLIV, p.* 313 ; 1889).

L'auteur a recherché la richesse en albumine de la sérosité dans 35 cas d'anasarque.

Les œdèmes qui résultent de la stase ou de la cachexie renferment moins de 1 0/0 d'albumine. La proportion de 0, 1 0/0 ne se voit guère que dans les lésions graves des reins et surtout dans la dégénérescence amyloïde. De 0,1 à 0,8 0/0 se trouvent le plus grand nombre des œdèmes par cachexie ou par stase. Ces chiffres n'ont aucune autre valeur diagnostique ou pronostique. Il est rare de rencontrer de 0,8 0/0 d'albumine. Runeberg ne l'a pas vu. Senator en a vu un cas, mais la quantité d'al-

bumine n'atteignait pas ce chiffre élevé dans tous les examens, et Senator pense que les ponctions pratiquées avaient provoqué un certain degré d'inflammation. Hoffmann en a rencontré cinq cas, de nature du reste très différente.

Dans l'un, il s'agissait d'un ostéosarcome; dans le second, d'une hystérique atteinte d'une contracture chronique avec œdème d'un pied; l'état général était très bon. Dans le troisième cas, il n'y eut pas de diagnostic possible; dans le quatrième, cachexie, emphysème pulmonaire, dilatation du cœur, vieux foyer de ramollissement cérébral, pachyméningite récente; dans le cinquième, tumeur de la partie inférieure de la moelle, œdème des membres inférieurs.

Quand on rencontre de 1 à 4 0/0 d'albumine, il semble, quand il ne s'agit pas d'une lésion inflammatoire, que l'on puisse penser, en particulier, à une influence névropathique. A. MATHIEU.

Sul valore diagnostico et pronostico della globulinuria, par A. VIGLEZIO (*Riv. clinica di Bologna*, nº 10, 1887).

La présence de la globuline dans l'urine n'a ni valeur diagnostique, ni valeur pronostique; d'ailleurs, la recherche même qualitative de la globuline est sujette à de graves causes d'erreurs; l'extrême abondance de cette substance dans les urines est due, dans le plus grand nombre des cas, au mélange du sang et des éléments histologiques à l'urine.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Menge und Vertheilung des Kalium, Natrium und Chlor im Menschenblut (Sur la quantité et la répartition du potassium, du sodium et du chlore dans le sang humain), par R. WANACH (*Diss. Dorpat*, 1888).

Une saignée de 150 centimètres cubes de sang environ fut pratiquée à un homme bien portant. Ce sang fut défibriné et le sérum séparé des globules. Le potassium, le sodium et le chlore furent dosés séparément dans le sang complet, le sérum et les globules.

Les proportions du sodium étaient les suivantes : 0,344 dans le sérum, 0,185 dans le sang, 0,082 dans les globules; les proportions du potassium, 0,02 dans le sérum, 0,182 dans le sang, 0,307 dans les globules. Il y avait 0,353 de chlore dans le sérum, et 0,259 dans le sang.

A. MATHIEU.

Alkalimetrische Untersuchungen des Blutes unter normalen und pathologischen Zuständen (Recherches alcalimétriques du sang à l'état normal et pathologique), par E. PEIPER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVI, Heft* 3).

Jamais Peiper n'a rencontré, chez aucun sujet sain ou malade, une réaction acide du sang. Sur 40 individus bien portants, il a constaté que le degré d'alcalinité du sang varie avec l'âge : il est plus faible chez l'enfant que chez l'adulte, chez la femme que chez l'homme; il est moindre chez le vieillard que chez l'adulte. Chez les femmes accouchées, l'alcalinité est également plus faible. Trois quarts d'heure après le repas, l'alcalinité est plus prononcée qu'avant. Le vomissement l'augmente également. L'exercice musculaire et les contractions musculaires, que

provoque la strychnine, abaissent l'alcalinité du sang. Dans la leucémie, le diabète, l'arthrite déformante, dans le rhumatisme articulaire chronique, l'anémie prononcée et dans la chlorose, on constate que le sang est plus alcalin. La cachexie carcinomateuse, les troubles nutritifs, les maladies du foie, l'urémie, diminuent l'alcalinité du sang; il en est de même des affections fiévreuses, qui agissent surtout par le degré de la fièvre et non par leur durée. Le chloroforme paraît également abaisser l'alcalinité du sang. ED. RETTERER.

Beitrag zur Kenntniss des Verhaltens des Harnes bei der Melanurie (Contribution à la connaissance des caractères de l'urine dans la mélanurie), par JAKSCH (*Zeitschrift für physiol. Chemie*, *XIII*, *p.* 385 ; 1889).

Les expériences furent entreprises sur deux malades atteints de tumeurs mélaniques. Jaksch résume les faits qu'il a observés dans les conclusions suivantes :

1° La réaction la plus sensible pour reconnaître la présence de la mélanurie consiste dans l'emploi du perchlorure de fer. Une solution très étendue de ce réactif fait prendre à l'urine une teinte noire;

2° Le nitroprussiate versé dans une urine produit dans les solutions alcalines ou acides une coloration de bleu de Berlin;

3° Cette production de bleu de Berlin ne se produit pas par la précipitation du mélanogène ou de la mélanine. Elle se produit parce qu'il y a augmentation dans l'urine de la substance productrice de l'indigo.

E. H.

Ueber die densimetrische Bestimmung des Zuckers im Harn (Sur la détermination du sucre dans l'urine par le densimètre, par V. BUDDE (de Copenhague) (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XIII*, *p.* 326; 1889).

Pour doser l'albumine dans l'urine, Huppert et Zähor multiplient par un facteur déterminé la différence entre la densité de l'urine naturelle et celle qu'elle prend après la coagulation de l'albumine. Pour des résultats exacts le facteur doit être variable, mais pour des dosages approximatifs Zähor a montré qu'on pouvait employer un facteur constant déterminé par le calcul = 400. Il a reconnu qu'avec ce chiffre, pour des solutions dont la densité varie de 0,0016 à 0,00128, l'erreur ne dépasse pas 0,00012 à 0,00020. Cette erreur qui résulte de l'emploi d'un facteur constant est si petite qu'elle peut être négligée.

Roberts a cherché à appliquer cette méthode densimétrique au dosage du sucre dans l'urine, en multipliant la différence entre la densité primitive de l'urine et celle qu'elle possède quand on a détruit le sucre par la fermentation par un facteur constant. Ce facteur constant serait 230. D'autres expérimentateurs ont cherché également à la déterminer; Manassein, Antweiler, Breidenbend, ont proposé un chiffre variant de 218 à 263, ce qui correspond à une variation de 0,50 à 4 0/0 de sucre.

Worm Müller admet qu'outre le sucre il y a dans l'urine une autre matière réductrice qui n'est pas fermentescible, mais qui peut être déterminée par la différence de réduction de la liqueur de Fehling après et avant la fermentation, et que le sucre fermentescible peut être déterminé en multipliant la densité par le facteur 232. E. H.

Zur Kenntniss der Kohlehydrate im normalen Harn (Étude sur l'hydrate de carbone de l'urine normale), par N. **WEDENSKY** (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIII, p.* 123; 1889).

Baumann a montré que le chlorure de benzoyle en solution alcaline précipite les hydrates de carbone dans l'urine. Il se forme une combinaison de glucose benzoylé. Les meilleurs proportions pour l'obtenir sont d'employer 1 molécule de dextrose, 9 molécules de chlorure de benzoyle et 18 molécules d'hydrate de soude.

Dans l'urine on opère de la manière suivante : on ajoute à 200 cent. d'urine fraîche une petite quantité de soude, on filtre pour enlever les phosphates, on ajoute 25 à 30 cc. d'une solution de soude à 10 0/0 et 5 cc. de chlorure de benzoyle. La proportion de soude à ajouter est d'ailleurs proportionnelle à celle du chlorure de benzoyle, en ayant soin qu'après la réaction le liquide soit alcalin. Le précipité qui se forme est une poudre cristalline que l'on lave jusqu'à la disparition de la réaction alcaline et l'apparition d'une réaction acide.

La quantité de précipité obtenue varie avec les personnes et sur le même sujet aux différentes heures de la journée. D'après Wedensky les chiffres les plus élevés varient entre $0^{gr},138$ et $0^{gr},130$ 0/0.

Cette combinaison ne contient pas d'azote, mais des quantités constantes de carbone et d'hydrogène C. 66, 88 0/0 H. 5,51 0/0. Ces chiffres sont intermédiaires entre ceux qu'auraient donnés le glycogène ou la dextrine et le glucose. Wedensky a montré en effet que cette combinaison benzoylée était un mélange et correspondait au mélange de deux hydrates de carbone, l'un correspondant à la dextrine, l'autre au sucre de raisin.

On les sépare facilement l'un de l'autre en les faisant bouillir avec une solution de soude. La combinaison benzoylée de la dextrine ou du glycogène se décompose rapidement, tandis que l'éther benzoïque du sucre de raisin n'est pas décomposé même après une longue ébullition. On recueille la partie insoluble sur un filtre et on la dissout dans l'alcool. La solution alcoolique additionnée de soude réduit la liqueur de Fehling, en la faisant bouillir soit directement, soit après l'avoir portée à l'ébullition avec de l'acide sulfurique; dans ce dernier cas l'acide benzoïque se sépare complètement et peut être enlevé par l'éther. Dans la solution aqueuse il reste un hydrate de carbone qui donne tous les caractères du sucre de raisin ; il réduit la liqueur de Fehling ; additionné de chlorure de benzoyle, il donne de nouveau un précipité d'éther benzoïque.

La persistance de cet éther benzoïque en présence des alcalis et sa facile décomposition par les acides différencient cette matière des hydrates de carbone et doit la faire regarder comme une combinaison de sucre de raisin.

La matière qui s'est dissoute dans la décomposition de la combinaison benzoylée par la soude est une substance du groupe des dextrines qui ne réduit pas directement la liqueur de Fehling; mais, si on la fait bouillir avec de l'acide sulfurique, elle acquiert la propriété de réduire la liqueur de Fehling.

Ce corps, semblable à la dextrine, forme un précipité floconneux avec le sulfate de cuivre. Ce précipite, lavé et desséché, dissous dans un peu

d'acide chlorhydrique concentré, et additionné d'alcool, donne l'hydrate de carbone sous forme d'un précipité floconneux qui se dépose surtout facilement quand on élève la température à 60°. Cette réaction s'accorde avec celle qui a été donnée par Landwehr pour caractériser un corps de la classe des dextrines qu'il a nommé gomme animale. E. HARDY.

Ueber die Beeinflussung der Harnreaction zu therapeutischen Zwecken (Importance de la réaction de l'urine au point de vue thérapeutique), par C. v. NOORDEN (*München. med. Blätter*, n° 39, 1888).

Il résulte des recherches de Pfeiffer, de Posner et Goldenberg que l'urine peu dense et peu acide est celle qui dissout le mieux l'acide urique. Or, dans le cours d'une journée, l'urine subit des variations très grandes au point de vue de son acidité. Il faut se baser sur la connaissance de ces variations d'urines chez un sujet donné pour établir les heures auxquelles il convient d'administrer les préparations et les eaux alcalines. A. M.

I. — Ueber eine eigenthümliche Farbstoffbildung bei schweren Darmleiden (Réaction chromogène spéciale de l'urine dans les affections graves du tube digestif), par Ottomar ROSENBACH (*Berlin. klin. Woch.*, n° 1, *p.* 5 ; 7 *janvier* 1889).

II. — Bemerkungen zu der Abhandlung von O. Rosenbach..., par E. SALKOWSKI (*Idem*, n° 10, *p.* 202 ; 11 *mars* 1889).

I. — Lorsque, à de l'urine en ébullition depuis quelques minutes, on ajoute suffisamment d'acide azotique, il se produit une coloration rouge vineux qui ne se modifie pas tout d'abord par l'addition ultérieure d'acide, jusqu'à ce que brusquement, lorsqu'on en a encore ajouté de 10 à 15 gouttes, la couleur vire au jaune, en même temps qu'il se fait une légère effervescence. En neutralisant avec précaution cette urine au moyen d'ammoniaque ou de carbonate de soude, on finit par obtenir constamment une couleur rouge brun persistante.

Ce chromogène, contrairement à l'indigo, ne donne aucun spectre, bien qu'il prenne naissance dans des urines riches en substance indigogène.

Cette réaction de l'urine est l'un des signes les plus constants des affections graves du tube digestif. Lorsqu'il s'agit d'une obstruction totale de l'intestin, la persistance de cette réaction rouge indique qu'on a affaire à une lésion organique, alors même que le calibre intestinal redevient perméable pour un temps. La réaction ne manque jamais en cas d'occlusion de l'intestin ; elle semble être un signe certain de cancer intestinal. On la retrouve dans les processus ulcéreux de l'intestin, dès qu'ils s'accompagnent de troubles digestifs notables, et dans les diarrhées rebelles entraînant l'inanition.

En revanche, la réaction fait défaut dans les péritonites simples et tuberculeuses, dans la pérityphlite, dans la constipation habituelle, dans les maladies de l'estomac sans complication intestinale. Dans le cancer du pylore, elle n'apparaît qu'à la période ultime d'inanition.

Rosenbach regarde ce chromogène comme résultant de l'action d'un acide concentré sur les combinaisons d'indol et la substance formatrice

de phénol dans l'urine ; ce serait donc un produit nitré du phénol et de l'indol.

II. — Salkowski rappelle que la réaction signalée par Rosenbach s'explique par l'action complexe de l'acide nitrique sur les substances aromatiques de l'urine. La coloration rouge de la première phase de la réaction tient à des effets de dédoublement et d'oxydation portant spécialement sur l'acide sulfophénique, tandis que la coloration jaune ultérieure est due aux effets nitrifiants et oxydants. J. B.

The formation and excretion of uric acid..., par A. HAIG (*Brit. med. j., p.* 10, *juillet* 1888).

Haig poursuit depuis plusieurs années des recherches sur la production et l'élimination de l'acide urique. Voici ses conclusions :

1° Lorsque l'excrétion urique est diminuée par rapport à celle de l'urée, c'est que l'acide urique est anormalement retenu dans le foie, la rate et l'intimité des tissus. Inversement, quand le taux de l'acide urique excrété est relativement supérieur à celui de l'urée, c'est qu'il se produit dans les tissus une lixiviation qui entraîne l'acide urique accumulé;

2° La formation de l'acide urique est presque toujours parallèle à celle de l'urée, bien que son excrétion puisse varier dans de notables limites;

3° L'acide urique n'est probablement jamais en excès dans le sang, sauf quand les dissolvants alcalins en ont dissous une certaine proportion accumulée dans l'intimité des tissus ;

4° L'excès de l'acide urique dans le sang produit de cette façon est probablement l'origine de bien des cas de migraine, de goutte, de rhumatisme et peut-être même d'épilepsie ;

5° Les substances alimentaires ou médicamenteuses qui diminuent la solubilité de l'acide urique diminuent son élimination et facilitent sa sélection dans les tissus, et inversement. D'où l'utilité, chez les goutteux, rhumatisants, migraineux, etc., de recourir à des médicaments qui accroissent la solubilité de l'acide urique. H. R.

Synthese der Harnsäure (Synthèse de l'acide urique), par Robert BEREND et Oskar ROOSEN (*Annalen der Chemie, CCLI, p.* 235 ; 1889).

La première synthèse de l'acide urique a été faite par Horbaczewski en fondant ensemble du glycocolle ou de l'acide trichlorolactique et de l'urée. L'acide urique, dans ces conditions, se produit à une température élevée par une réaction très compliquée et seulement en petite quantité. Il a été caractérisé par son analyse, sa forme, la réaction de la murexide, la réduction des solutions alcalines de cuivre et d'argent. Il était cependant intéressant de prouver, par une réaction régulière, que l'acide urique se produit par les dérivés de l'acide lactique. On aurait ainsi l'explication de sa formation dans l'organisme.

Les auteurs y sont parvenus en partant de l'acide isobarbiturique, découvert par l'un d'eux. Il s'obtient par les réactions suivantes :

On fait réagir l'acide acétylacétique sur l'urée ; il y a perte d'eau et formation d'éther uramidocrotonique. Celui-ci, bouilli avec une solution de potasse, se transforme en méthyluracil. Ce dernier, transformé par l'acide nitrique en acide nitro-uracil carbonique que l'on chauffe à 140°

avec de l'eau perd de l'acide carbonique et se transforme en nitro-uracil, lequel, réduit par le zinc et l'acide chlorhydrique, produit de l'acide isobarbiturique.

L'acide isobarbiturique peut être regardé comme l'uréide de l'acide oxypyruvique ou l'uréide de l'acide α-β dioxyacrylique. L'acide isobarbiturique oxydé par le brome donne un isomère de l'acide dialurique.

L'acide isodialurique, chauffé à 100° avec une molécule d'urée et sept fois son poids d'acide sulfurique, reproduit l'acide urique. Cet acide urique de synthèse a été identifié avec l'acide urique ordinaire. E. H.

Ueber Bildung der Harnsäure aus dem Hypoxanthin (Formation de l'acide urique à partir de l'hypoxanthine), par v. MACH (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol., XXIV, p.* 389).

Des recherches de v. Mach, on peut conclure que l'organisme des oiseaux possède la propriété de transformer par oxydation l'hypoxanthine en acide urique, et que cette propriété n'est pas liée au fonctionnement du foie. L'auteur présume que la formation de petites quantités d'acide urique, chez les mammifères, peut également résulter de l'oxydation de l'hypoxanthine en dehors de toute intervention du foie. WINTER.

Die quantitative Analyse des Harnstoffs im Hundeharn durch Phosphorsäure unter gleichseitiger Berüksichtigung des Verhältnisses des Harnstoffes zu den übrigen stikstoffhaltigen Körpern (Analyse quantitative de l'urée dans l'urine du chien, au moyen de l'acide phosphorique. Relation de l'urée avec les autres substances azotées), par L. BLEIBTREN (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLIV, p.* 512).

La méthode est fondée sur ce que l'on peut précipiter toutes les matières extractives de l'urine avec le mélange acide chlorhydrique et phosphotungstique. On filtre, on neutralise avec de la chaux en poudre, on filtre de nouveau. La liqueur étant chauffée entre 230 et 260° avec des cristaux d'acide phosphorique pendant trois heures, l'urée y est détruite, tandis que les autres matières azotées qui s'y trouvent ne laissent pas échapper d'ammoniaque. — L'ammoniaque unie à l'acide phosphorique est ensuite distillée avec la lessive de soude et titrée. L'auteur s'assure que le procédé qui était valable pour l'homme l'est aussi pour le chien après alimentation azotée, aussi bien qu'après alimentation mixte. — L'azote non contenu dans l'urée oscille entre 4 et 14 0/0 de l'azote total. L'azote de l'urée augmente avec l'alimentation de viande, diminue relativement avec l'alimentation mixte. A. D.

Des altérations chimiques du suc gastrique, par BOURGET (*Revue médic. de la Suisse romande, VIII,* 713, *décembre* 1888).

Bourget a fait ses observations sur 63 malades, dont 7 atteints d'ulcère rond, 16 de cancer de l'estomac ou du tube digestif, 40 de gastrites subaiguës ou chroniques.

Il a toujours trouvé de la pepsine, et jamais d'acide chlorhydrique libre chez les cancéreux. Dans les sept cas d'ulcère rond, la proportion d'acide chlorhydrique a toujours été très forte.

Chez un malade, dont l'autopsie a démontré la présence simultanée

d'un carcinome peu volumineux du cæcum et de deux ulcères ronds de l'estomac, il n'a jamais trouvé d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Ainsi, dans la coexistence de deux affections, dont l'une augmente l'acide chlorhydrique, tandis que l'autre le fait disparaître, c'est l'influence négative du cancer qui l'emporte.

Dans les neuf dixièmes des cas de gastrite, l'acide chlorhydrique libre manquait complètement au début du traitement, pour apparaître peu à peu à mesure que l'état du malade s'améliorait.

Bourget conclut :

1° La pepsine est le plus souvent inutile dans le traitement des affections stomacales ;

2° Le médecin s'attachera surtout à rechercher l'acide chlorhydrique; si cet acide est en excès ou s'il fait défaut, si sa production est avancée ou retardée, etc. ;

3° Le pyrosis est produit par l'acide lactique, et devra être combattu non par les alcalins, mais par l'acide chlorhydrique ;

4° Les alcalins ne doivent être donnés que lorsque la digestion stomacale est achevée. J. B.

Eine neue Methode zur Säurebestimmung im Mageninhalt (Nouvelle méthode pour le dosage des acides dans le suc gastrique), par Hans LEO (*Centralbl. f. d. med. W., p.* 481; 1889).

La méthode nouvelle proposée par H. Leo permet de séparer l'acide chlorhydrique des phosphates acides. Quand on estime l'acidité totale, on obtient un total, dont les éléments sont représentés par l'acide chlorhydrique, les sels acides, en particulier les phosphates, et les acides organiques. Pour séparer ces derniers, il suffit de traiter le suc gastrique par l'éther qui les dissout. En ajoutant du carbonate de chaux, on sature l'acide chlorhydrique ; au contraire, les sels acides ne sont pas modifiés.

Si donc on prend 10 centimètres cubes de suc gastrique filtré et épuisé par l'éther, et qu'on en fasse le titrage par une solution normale de soude ou de potasse, on obtient l'acidité totale donnée par les sels acides et l'acide libre. A 10 centimètres cubes du même suc gastrique on ajoute quelques grammes de carbonate de chaux. On fait alors le titrage par la solution normale. Si l'on trouve un degré d'acidité moindre, c'est qu'il y avait de l'acide chlorhydrique. Le degré d'acidité qui persiste correspond précisément aux sels acides; la différence représente l'acide chlorhydrique. C'est là une méthode suffisamment rapide pour être usitée en clinique, suffisamment précise pour donner des résultats fermes et comparables.

Quand le liquide à examiner renferme des sels de chaux, ce qui arrive souvent pour le suc gastrique, les choses ne sont pas si simples.

« 10 centimètres cubes du contenu gastrique à filtrer sont additionnés de 5 centimètres cubes d'une solution concentrée de $CaCl^2$ et titrés à l'aide de la solution normale au 1/10. Une seconde épreuve est faite avec du suc gastrique filtré, additionné de quelques grammes de carbonate de chaux pulvérisé; on filtre de nouveau. On prend 10 centimètres cubes du liquide filtré que l'on fait bouillir pour éliminer l'acide carbonique; on ajoute 5 centimètres cubes de chlorure de calcium et l'on titre

avec la solution normale au 1/10. La différence entre les deux résultats correspond à l'acide chlorhydrique libre du contenu gastrique, si l'on a eu soin d'extraire auparavant les acides organiques. » A. MATHIEU.

Ueber den Einfluss der Darmfäulniss auf die Enstehung der Kynurensäure beim Hunde (Sur l'influence des fermentations putrides de l'intestin sur la formation de l'acide kynurique chez le chien), par M. HAAGEN (*Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, p.* 214 ; 1889).

Des recherches préliminaires avaient montré que la formation de l'acide kynurique est en rapport avec les fermentations putrides qui se passent dans l'intestin. Haagen, avec le concours de Jaffé, fit des expériences sur l'action des antiseptiques sur la quantité d'acide kynurique qui se trouve dans l'urine. Pour déterminer l'acide kynurique, 300 grammes d'urine sont évaporés, épuisés par l'alcool, l'extrait alcoolique, repris par l'eau, acidulés avec l'acide sulfurique, agités avec l'éther ; après vingt-quatre heures, l'acide kynurique qui s'est déposé est recueilli sur un filtre, lavé avec de l'eau, de l'alcool froid, séché à 100° et pesé. Haagen chercha à en obtenir une diminution de quantité en stérilisant la nourriture. Il donna comme nourriture à un chien 1 kilo de viande crue, qu'il fit bouillir pendant plusieurs heures avec de l'eau. La quantité d'acide kynurique s'abaissa en moyenne de de 0,406 par jour à 0,240, soit environ 40,9 0/0. Ensuite il fit prendre au chien de la nourriture non stérilisée, en y ajoutant une série d'agents antiseptiques à haute dose : salol, thymol, naphtaline, iodoforme ; il obtint par jour en acide kynurique :

	Avant.	Après.	0/0
Salol...........	0,406	0,275	32
Thymol.........	0,603	0,522	13,4
Naphtaline......	0,432	0,199	54
Iodoforme	0,611	0,604	—

On voit que l'iodoforme n'a pas produit de diminution, quoique d'après les expériences de Morax il agisse très puissamment dans l'intestin comme antiseptique. L'animal, après avoir pris pendant quatre jours 5 grammes d'iodoforme, eut du coma et des convulsions. On pouvait supposer qu'en faisant prendre à l'animal de l'acide scatolcarbonique il pourrait, par oxydation, se transformer en acide kynurique ; mais on n'obtint que des résultats négatifs. E. H.

Chemische Studien über den Trachealknorpel (Études chimiques sur le cartilage de la trachée), par Carl Th. MORNER (*Skandinavisches Archiv f. Physiologie, I, p.* 210 ; 1889).

Au point de vue histologique, l'auteur distingue dans le cartilage trachéal adulte du bœuf : 1° un réseau de trabécules, se colorant par le bleu d'indigo ou par la tropéoline, ne contenant pas de cellules cartilagineuses et se continuant avec le périchondre ; 2° des nodules (*chondrinballen*) occupant les cavités du réseau de trabécules, se colorant par le violet de méthyle, le rouge d'aniline et le perchlorure de fer associé au ferrocyanure de potassium. Les nodules renferment les cellules

cartilagineuses; ils sont attaqués et dissous par l'acide chromique, ce qui permet d'isoler le réseau des trabécules.

Au lieu de la classique substance chondrigène, l'auteur admet dans la matière fondamentale du cartilage l'existence de quatre substances caractéristiques : 1° le *chondro-mucoïde;* 2° *l'acide chondroïtique* (*chondroïtsäure*), se rencontrant exclusivement dans les nodules; 3° un *albuminoïde,* propre au réseau des trabécules, et enfin, 4° la *substance collagène* ordinaire, existant probablement à la fois dans le réseau et dans les nodules.

1° *Chondro-mucoïde.* — On traite pendant plusieurs jours à 40° le cartilage, réduit en petits fragments, par de l'eau additionnée de thymol ou d'éther. Le chondro-mucoïde passe en solution ainsi que l'acide chondroïtique. On précipite la première par de l'acide chlorhydrique à 2 0/00, en ayant soin de chauffer au bain-marie. On purifie le chondro-mucoïde en le dissolvant dans de l'eau légèrement alcalinisée et en le reprécipitant par l'acide chlorhydrique. On lave à l'eau, à l'alcool, à l'éther, et l'on dessèche finalement.

Propriétés. — Le chondro-mucoïde paraît voisin de la mucine, dont il a à peu près la composition chimique centésimale (Az, 12.58, C, 47.30; H, 6.42, S, 2.42; O, 31.28 0/0) et dont il partage un certain nombre de propriétés, notamment celle de fournir par l'ébullition en présence des acides minéraux une substance qui réduit la liqueur cupro-potassique. Il s'en distingue parce que sa solution dans l'eau ne file pas. En outre, le soufre existe dans le chondro-mucoïde sous deux états : une partie du soufre se sépare par ébullition avec les acides minéraux, sous forme d'acide sulfurique libre.

Le chondro-mucoïde, attaqué par les alcalis caustiques ou par d'autres agents énergiques, fournit comme principaux produits de décomposition : un albuminate, de l'acide chondroïque et une substance analogue à la mucine. Le chondro-mucoïde appartient donc comme la mucine à la classe des protéides de Hoppe-Seyler.

2° *Acide chondroïtique.* — *Préparation.* — Le cartilage divisé est digéré pendant plusieurs jours avec de la lessive de potasse à 2,5 0/0. La solution contient l'acide chondroïtique préformé et celui qui provient de la décomposition du chondro-mucoïde, puis l'albuminate et la peptone provenant de la même décomposition, outre une petite quantité de collagène ou d'albuminoïde. On traite successivement par l'acide acétique ou chlorhydrique pour précipiter l'albuminate, par l'acide tannique pour éloigner la peptone et le collagène. Le liquide filtré est traité par un alcali dilué; on filtre, puis on acidule légèrement par l'acide acétique, et l'on éloigne l'acide tannique par l'acétate de plomb, l'excès de plomb par l'hydrogène sulfuré et les sels dissous par la dialyse. Le liquide contenu dans le dialyseur est précipité par l'alcool et un peu de chlorure de sodium. On lave à l'alcool, à l'éther, et l'on sèche.

Propriétés. — Poudre blanche, très acide, soluble dans l'eau en toute proportion (solutions d'aspect gommeux, lévogyres) insoluble dans l'alcool et l'acide acétique glacial, formant avec presque tous les métaux des sels neutres. Seuls, les sels de zinc (préc. blanc), mercureux (blanc), plombique (blanc), ferrique (brun jaunâtre) et uranique (jaune pâle) sont insolubles et peuvent servir à caractériser l'acide chondroïtique.

L'ébullition avec la potasse le colore en jaune orange; il dissout l'hydrate cuivrique à l'ébullition en solution alcaline. Après ébullition avec l'acide chlorhydrique (à 5 0/0), il fournit une substance qui réduit la liqueur de Fehling ainsi qu'une grande quantité d'acide sulfurique. Cette décomposition avec production d'acide sulfurique semble indiquer que l'acide en question est un acide sulfoconjugué ou éther acide de l'acide sulfurique.

L'acide chondroïtique jouit de la singulière propriété d'empêcher, par sa présence, la précipitation par les acides ou les sels métalliques du chondromucoïde. Enfin, la présence de l'acide chondroïtique modifie également les propriétés de la gélatine. Ce mélange précipite par plusieurs réactifs, notamment par l'acide acétique qui ne précipite aucune des deux substances quand elles sont isolées.

La composition centésimale est Az, 3.15 ; C, 35.28; H, 4.68; S, 6.33; O, 50.56.

Cette substance avait déjà été entrevue par Krukenberg et par Pétri.

Nous renvoyons à l'original ce qui concerne les propriétés de la *substance collagène* et de *l'albuminoïde*, ainsi que pour un grand nombre de faits de second ordre. LÉON FREDERICQ.

Weitere Beiträge zur Kenntniss der thierischen Melanine (Nouvelles contributions à l'étude des mélanines animales), par NENCKI et SIEBER (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol., t. XXIV, p.* 17).

L'hippomélanine extraite par les auteurs de sarcomes mélanotiques du cheval donne, par la fusion avec la potasse, un acide amorphe, l'acide hippomélanique, soluble dans l'ammoniaque, précipité par les acides. Cependant, les auteurs n'ont pas pu obtenir cet acide dans un complet état de pureté. Ils n'ont pas pu, davantage, isoler à l'état pur le pigment noir des crins de cheval. Mais ils sont parvenus à extraire des poches à encre de la seiche, un acide amorphe, soluble dans les alcalis et précipité de sa solution ammoniacale par des solutions ammoniacales de chlorure de zinc ou de sulfate de cuivre. Ils lui assignent la composition suivante : C 56.3; H 3.6; Az 12.33; S 0.51 ; O 27.20.

La mélanine qu'ils ont retirée d'un sarcôme mélanotique du foie n'est pas identique avec la phymatorhusine trouvée précédemment. Il en est de même de la mélanine sarcomateuse des glandes inguinales et du pigment noir de la peau dans la maladie d'Addison. (Voy. *R. S. M.*, XXXII, 46.) WINTER.

Ueber Cystinurie, nebst Bemerkungen über einen Fall von Morbus maculosus Werlhofii, par M. STADTHAGEN et L. BRIEGER (*Berlin. klin. Woch., n°* 16, *p.* 344, 22 *avril* 1889).

Stadthagen et Brieger concluent que la cystinurie est sous la dépendance d'une mycose intestinale. Ils se fondent sur les considérations suivantes :

Baumann et von Udranszky (*Berichte der deutsch chem. Gesellsch.*, XXI, p. 2744) ont trouvé, de temps en temps, dans l'urine et dans les excréments d'un cystinurique affecté de catarrhe vésical, à côté de la cystine, des quantités considérables de 3 ptomaïnes appartenant au groupe

des diamines ; à savoir : la cadavérine ou pentaméthylène-diamine, la putrescine ou tétraméthylènediamine et un isomère de la cadavérine (neuridine ou saprine.)

Or, Brieger a montré que les diamines ne prennent naissance que dans certains processus de putréfaction (décomposition de cadavres humains, putréfaction de la viande, du blanc d'œuf, de l'albumine du sang, du caviar) ou qu'en présence de bactéries spécifiques (bacille cholérique et vibrion protée de Finkler et Prior.)

A l'état normal, ni l'urine, ni les matières fécales ne renferment jamais de diamines.

De leur côté, Stadthagen et Brieger, dans deux cas de cystinurie, ont constaté dans l'urine la présence de la cadavérine. Ils se sont assurés que cette ptomaïne ne se rencontre pas dans la cystite ordinaire.

De plus, les calculs de cystine, provenant de chiens, ne renferment pas non plus de diamines.

La conséquence thérapeutique de ces faits pathogéniques est que la désinfection de l'intestin est l'indication toute naturelle contre la cystinurie.

Dans l'urine d'un malade atteint de maladie de Werlhof, Stadthagen et Brieger ont trouvé un hydrate de carbone trétrabenzoylé, isomère du sucre de raisin (*R. S. M.* X 57; XI,459; XXIV,476; XXV,42; XXVI,446; XXVII 441 et XXIX 559.) J. B.

Zur Kenntniss der Bildung von Cuminsäure aus Cymol (Contribution à l'étude de la transformation du cymène en acide cuminique), par H. SCHULZ (*Archiv. f. exper. Pathol. u. Pharm., XXIV, p.* 360).

Nencki et Ziegler ont montré autrefois que le cymène du camphre se transforme facilement, dans l'organisme, en acide cuminique $\left(C^6H^4\left\{\begin{matrix}C^3H^7\\CO^2H\end{matrix}\right.\right)$ tandis que cette transformation est des plus difficiles en dehors de l'organisme, même avec des oxydants très énergiques. H. Schulz a constaté que le cymène, abandonné pendant plusieurs mois en présence de solutions faibles de CO^3 Na^2, se transforme partiellement sous la seule influence oxydante de l'air, en acide cuminique. Cette transformation est moins nette avec CO^3K^2; elle ne se fait qu'à la lumière solaire et fait complètement défaut dans l'obscurité. WINTER.

Ueber das Theophyllin... (Sur la théophylline, nouvelle substance constituante du thé), par KOSSEL (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIII, p.* 298).

Dans les eaux-mères d'une préparation de caféine à l'aide du thé, l'auteur a trouvé de l'adénine, de l'hypoxanthine, de la xanthine et un nouveau produit auquel il a donné le nom de théophylline.

Sa composition centésimale est la même que celle de la théobromine et celle de la paraxanthine, mais elle diffère complètement de ces deux substances par sa forme cristalline et par ses réactions.

La théophylline fond à 264°, la théobromine se sublime sans fondre, la paraxanthine fond à 280°. La théophylline est très soluble dans l'eau chaude, les solutions ammoniacales, l'alcool bouillant. Elle se combine avec les acides et forme des sels cristallisés. Elle forme également avec

la soude un sel cristallisé. Elle forme une combinaison argentique $(C^7H^7AgAz^4O^2)^2 + H^2O$ et desséchée $C^7H^7Az^4O^2$.

Lorsqu'on chauffe la théophylline au bain-marie avec de l'acide nitrique, il reste un résidu jaune qui se colore en jaune intense par l'addition de soude, et non en rouge comme la xanthine. Si on chauffe l'acide nitrique avec l'eau chlorée (réaction de Werdel), ou si on chauffe la base avec de l'eau chlorée ou bromée et que l'on évapore à sec, il reste un résidu rouge qui devient violet par addition d'ammoniaque ou de solution de soude. Cette réaction est la même pour la théobromine. E. H.

Ueber die Chinäthonsäure (Sur l'acide quinéthonique), par Victor LEHMANN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIII, p.* 181).

Après l'injection du phénéthol, on trouve dans l'urine un acide qui a été nommé acide quinéthonique. On l'obtient en recueillant l'urine d'un chien soumis à l'usage du phénéthol. On l'acidule avec l'acide sulfurique et on agite avec l'éther acétique. L'éther décanté est décomposé par un excès de carbonate de baryte; le résidu est épuisé avec de l'eau bouillante; on filtre à chaud, et le liquide est évaporé à un petit volume, et après quelques jours, le sel double de baryte cristallise. On le dissout dans l'eau, et on en précipite la baryte en versant de l'acide sulfurique. On filtre, on évapore à sec, et on épuise le résidu par l'alcool bouillant. Le quinétonate de potasse cristallise par refroidissement. Des sulfates doubles restent en solution et peuvent être obtenus après distillation de l'alcool. E. H.

Ueber Farbstoffe in den Muskeln (Sur la matière colorante des muscles), par Ludwig LEVY (*Zeitschrift f. phys. Chemie, t. XIII, p.* 309, 1889).

Après avoir exposé l'historique des premiers travaux entrepris sur la matière colorante des muscles, l'auteur s'attache à discuter les recherches de Mac Munn. Ce dernier observateur fit surtout des expériences avec le spectroscope. Il examina le liquide obtenu par la compression des tissus, à l'aide d'un microscope binoculaire, qui portait un spectroscope sur une de ses branches.

Le liquide extrait des tissus et des divers organes lui donne un spectre qu'il attribue à une substance qu'il nomma histohématine; il arriva à conclure que cette matière colorante préside à la respiration de l'organe et la nomma pigment respiratoire.

Mac Munn fit ensuite des recherches microspectroscopiques sur les muscles des vertébrés et des invertébrés. Il attribua le spectre qu'ils fournissent à une substance qu'il nomma myohématine. La myohématine, sous l'influence de l'acide sulfurique, se transforme en hémato-porphyrine.

Il avait obtenu la myohématine sous deux états différents; c'est-à-dire il croit que deux spectres différents en proviennent. Ainsi on ne peut extraire des muscles à l'état de solution qu'une forme modifiée de la myohématine. Seulement, dans cet état, on la reconnaît à ses propriétés chimiques et spectroscopiques. Il est à remarquer que le spectre de la myohématine se confond avec celui de l'hémochromogène. Mac Munn l'avait déjà reconnu, mais il ne les regarde pas comme identiques. Il considère

la myohématine comme liée aux propriétés particulières attribuées à la matière colorante des muscles.

Pour préparer la myohématine, on filtre le liquide obtenu des muscles par compression, et on traite successivement par une solution de sel marin et par l'éther.

L'hémocrhomogène s'obtient quand on soumet l'hémoglobine à la putréfaction dans des vases fermés jusqu'à la disparition de l'oxygène qui s'y trouve, puis en chauffant à 100° au bain-marie. On recueille de l'hématine et de l'hémochromogène.

Le spectre de la myohématine se confond avec celui de l'hémochromogène, seulement les bords des franges sont plus éraillés. Mais on sait que le spectre de l'hémochromogène est un peu variable suivant les solutions employées.

Ludwig Levy a repris ces expériences, et il conclut que la myohématine n'est pas comme le croit Mac Munn, une matière colorante propre aux muscles, mais que c'est un produit de décomposition de l'hémoglobine, et il la considère comme n'étant que de l'hémochromogène.

L'hémochromogène se forme quand l'hémoglobine est chauffée à 100° en l'absence d'oxygène ou quand l'hématine en solution alcaline est traitée par les agents réducteurs.

Si les muscles contiennent originairement de l'hémoglobine, ils peuvent fournir de l'hématine, et cette dernière être réduite à l'état d'hémochromogène.

Comme la myohématine, l'histo-hématine ne doit être regardée que comme un produit de décomposition de l'hémoglobine. E. H.

Metodo facile e molto sensibile per la ricerca del mercurio nei liquidi organici e nelle urine, par E. BRUGNATELLI (*La Riforma medica*, 12 et 13 *juin* 1889).

Ajouter quelques gouttes d'acide chlorhydrique à 50 ou 100 centimètres cubes du liquide à examiner, y plonger des fils de cuivre ou de la poudre de cuivre; chauffer pendant 5 minutes à 50 ou 60°, ce qui facilite la précipitation du mercure sur le cuivre, laver à plusieurs reprises le cuivre avec de l'eau distillée; pour séparer le mercure du cuivre, mettre le cuivre dans un verre de montre et placer à côté de lui un morceau de porcelaine sur lequel on a déposé une goutte d'une solution de chlorure d'or à 1 0/0, recouvrir d'un verre de montre et chauffer au bain-marie; le mercure se vaporise, et le chlorure d'or en se réduisant forme sur la porcelaine des taches, des lignes ou des cercles bleu violet ou rosé d'or en poudre fine ou même, si le mercure est en grande quantité, on voit se déposer de l'or brillant. Il est indispensable, pour ces essais, de se servir de cuivre réduit par l'hydrogène et de porcelaine parfaitement nettoyée et flambée pour détruire toute trace de substance organique.

GEORGES THIBIERGE.

Élimination des composés aromatiques dans la fièvre, par J. S. HALDANE (*The Journal of physiology, vol. IX, p.* 213).

Parmi les affections où les composés aromatiques de la putréfaction se trouveraient augmentés dans les urines, Brieger, en 1881, a indiqué la fièvre scarlatine et la diphtérie où l'on n'aperçoit pas cependant nette-

ment de causes de putréfaction. Haldane montre que la méthode de Brieger comporte des causes d'erreur. Lui-même, en appliquant le procédé de Salkowski pour fixer le rapport des éthers-sulfates aromatiques aux sulfates ordinaires, trouve que, au contraire, dans ces deux maladies, l'urine contient moins de produits aromatiques. A. D.

Fermentgehalt der Sputa (**Ferment des crachats**), par **STADELMANN** (*Zeitschrift für klinische Medicin, vol. XIII, p.* 128-144).

Les crachats de la gangrène pulmonaire renferment un ferment fort énergique; ce ferment se retrouve aussi, mais à un degré beaucoup moindre, dans les crachats tuberculeux. Quand ces derniers crachats ont subi un commencement de putréfaction, leur action se trouve notablement augmentée.

Le ferment des crachats n'agit pas seulement sur la fibrine. Il digère le tissu élastique et en dissout les faisceaux. — Cette action se produit en solution alcaline. Il se forme des peptones, de la leucine et de la tyrosine.

L'ébullition fait cesser toute action et détruit, par conséquent, le ferment.

Il est impossible de dire si l'agent de la fermentation est un élément figuré. Les nombreux micro-organismes que l'on rencontre ne peuvent, en effet, être distingués des micro-organismes ordinaires de la suppuration.

L'acidification du produit en expérience, l'emploi de fibrine cuite, l'addition de thymol diminuent beaucoup et peuvent même empêcher complètement la fermentation. A. F. PLICQUE.

Ueber bacteriologisch-chemische Untersuchung der Tuberkelbacillen, par **HAMMERSCHLAG** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 19, *p.* 604, 1er *octobre* 1888).

L'analyse chimique des bacilles tuberculeux donne la composition suivante : eau 88,82 0/0 ; substance sèche 11,18.

La substance sèche renferme 22,7 0/0 de matières solubles dans l'alcool et l'éther.

La substance restant après extraction par l'alcool et l'éther se décompose en : 8 0/0 de cendres ; 51,02 de carbone ; 8,07 d'hydrogène et 9,09 d'azote.

Les bacilles tuberculeux se distinguent donc des autres bactéries analysées jusqu'ici par leur forte teneur en matières solubles dans l'alcool et l'éther.

Des expériences sur les animaux semblent montrer que l'extrait d'alcool et d'éther des bacilles tuberculeux contient une matière toxique tétanisante, mais Hammerschlag n'a pas réussi à la préparer à l'état de pureté. J. B.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ueber die Verwandschaft der hämatogenen und autochthonen Pigmente (Sur la parenté des pigments hématogènes et autochtones et leurs rapports avec l'hémosidérine), par M. S. SCHMIDT (*Archiv. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXV*, *Heft* 3).

Afin de poursuivre les phases du développement du pigment renfermant du fer, c'est-à-dire de *l'hémosidérine*, Schmidt expérimenta sur les grenouilles et les lapins. Après avoir imbibé des disques de moelle de sureau, épais de $0^{mm},1$ à $0^{mm},15$, de sang de grenouille, il les plaça dans le sac lymphatique d'autres grenouilles et les y laissa un temps variant de quelques jours à cent jours. Il les examina soit à l'état frais, soit après fixation dans le liquide de Müller.

Le phénomène qui précède la formation du pigment consiste dans la disparition de l'hémoglobine dans les globules rouges, de sorte que bientôt il ne reste plus que des hématies à stroma incolore et à noyau très net. En même temps on voit apparaître dans le liquide ambiant des gouttelettes sphériques de couleur jaune verdâtre, qui représentent par conséquent la matière colorante des globules rouges. Quelquefois on en aperçoit déjà dans le stroma des hématies. Ces gouttelettes se décomposent en gouttelettes de plus en plus fines. Ajoutons que beaucoup de ces gouttelettes sont mangées par les leucocytes dans lesquels elles subissent les transformations ultérieures. Peu à peu elles prennent la forme de granules ayant une teinte jaune brun. C'est au bout de quarante-six jours qu'on y peut décéler le fer. Mais même après cette période, Schmidt a constaté qu'au milieu des granules renfermant du fer, nombre de granulations en manquaient totalement. D'où il conclut qu'il existe chez la grenouille un pigment granuleux, privé de fer, ayant les mêmes caractères morphologiques que l'autre et la même origine. Le fer apparait dans certains granules au moment où les vaisseaux sanguins envahissent les disques de moelle de sureau. Il semble donc que la présence des vaiseaux sanguins, et par suite les échanges nutritifs soient nécessaires à la formation de l'hémosidérine.

En injectant du sang défibriné de mouton dans la trachée des lapins, Schmidt put le faire pénétrer dans le tissu pulmonaire, et, en tuant les animaux après un laps de temps variable, il constata que les hématies subissaient leur transformation en pigment soit dans l'intérieur des leucocytes, soit dans leur intervalle. Dans ces conditions, on voit les hématies laisser sortir de leur stroma des gouttelettes d'hémoglobine, fixant l éosine; plus tard, ces dernières ne se colorent plus avec ce réactif et au bout de trois ou quatre jours, beaucoup sont devenues des granules pigmentaires. Au bout du quinzième jour, toutes les gouttelettes d'hémoglobine se sont changées en granules de pigment.

Il s'en suit que la première condition de la métamorphose pigmentaire

consiste dans une séparation du stroma et de l'hémoglobine et celle-ci se transforme directement en granules pigmentaires. Chez le lapin, ce pigment peut donner la réaction du fer pendant un certain temps, tandis que plus tard on n'y trouve plus trace de fer. Le pigment privé de fer est par suite de même origine que l'hémosidérine.

Dans les sarcomes mélaniques, le pigment à réaction ferrique se trouve surtout dans les portions traversées par les vaisseaux, tandis que le tissu même du sarcome présente du pigment sans trace de fer. Ceci semble indiquer que la mélanine n'est autre chose que de l'hémoglobine métamorphosée.

En comparant ce fait aux résultats des expériences faites sur les animaux, Schmidt pense que le pigment mélanique représente un des stades ultérieurs de la transformation de l'hémosidérine. ED. RETTERER.

Riesenzellen und elastische Fasern (**Cellules géantes et fibres élastiques**), **par I. SSUDAKEWITSCH** (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXV, Heft* 2).

L'examen d'une nodosité provenant d'un malade du Turkestan, atteint de l'affection de sart (*Pascha-Churda*) montra une infiltration granuleuse du derme. Outre les divers éléments cellulaires, dont quelques-uns rappelaient les cellules épithélioïdes du tubercule, Ssudakewitsch y observa une quantité de cellules géantes, situées au centre de quelques nodules ou groupées au nombre de 2 à 4 à la périphérie des granulations. Mais la chose la plus remarquable est la façon dont les cellules géantes se comportent vis-à-vis des fibres élastiques : ces dernières traversent en divers sens les cellules géantes, et au bout d'un certain trajet dans l'intérieur du protoplasma, la fibre élastique devient pâle, à contour inégal, comme déchiquetée.

Dans un cas de lupus, Ssudakewitsch trouva des rapports semblables entre les cellules géantes et les fibres élastiques : ces dernières se colorent différemment dans l'intérieur du protoplasma des cellules géantes et souvent on aperçoit des vacuoles entre les limites de la fibre élastique et le protoplasma environnant.

Tous ces faits semblent démontrer que les cellules géantes exercent une action phagocytaire sur les fibres élastiques, d'où résulte la destruction de ces dernières dans la peau. ED. RETTERER

Karyophagus Salamandrae. Eine in den Darmepithelzellkernen parasitisch lebende Coccidie (**Caryophage de la salamandre ou coccidie vivant en parasite dans les noyaux des cellules intestinales**), **par J. STEINHAUS** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXV, Heft* 1).

Steinhaus décrit, dans les cellules épithéliales du tube digestif de la salamandre, la présence au centre du noyau, d'un parasite appartenant aux sporozoaires et spécialement au groupe des coccidies. Il a suivi le mode de multiplication de ces organismes et a figuré les divers stades par lesquels passent le noyau et le corps cellulaire pour donner naissance à un amas de parasites. Ce qui est surtout caractéristique et ce qui permet de rapprocher ces êtres des coccidies, c'est la forme en faucille que prennent les cellules jeunes à un certain stade, ainsi que leur groupement en sphère. Le processus se termine par l'émigration des corps en faucille et par leur sortie du noyau.

Ce serait là le premier exemple de parasites vivant dans les noyaux des cellules. ED. RETTERER.

Ueber Rückenmarksabscess (Abcès de la moelle), par ULLMANN (*Zeitschrift für klinische Medicin, vol. XVI, p.* 38-56).

Dans le fait observé par Ullmann, la mort est survenue un mois après le début de l'affection au milieu de troubles dyspnéiques. Les foyers de suppuration au nombre de trois occupaient la queue de cheval, le renflement lombaire, la portion cervicale. Ils étaient tout à fait indépendants les uns des autres. Il existait bien une inflammation diffuse de la pie-mère, mais elle n'établissait pas de connexion entre les foyers. La cause primitive de ces abcès semblait être une blennorragie.

Ullmann a rencontré dans la science une autre observation d'abcès métastatiques de la moelle, l'infection partant d'une caverne pulmonaire. L'affection était, dans trois autres cas, traumatique, et dans une autre, enfin, spontanée. A.-F. PLICQUE.

Sulle alterazioni delle fibre nervose in seguito al congelamento dei tessuti soprastanti, par G. ALONZO (*Archivio per le scienze mediche, vol. XIII, n°* 9, 1889).

Le refroidissement plus ou moins intense et durable peut produire des altérations appréciables des nerfs périphériques; ces altérations sont directement proportionnelles à la durée et au nombre des séances de refroidissement, et inversement proportionnelles au degré thermométrique atteint, et à la profondeur du nerf sur lequel porte l'expérience. Ces altérations ont leur maximum au point où l'on fait agir le froid et dans la portion périphérique du nerf, elles sont moins accentuées ou même nulles dans sa portion centrale. Ces altérations, dans leurs phases de dégénération et de régénération, ont les mêmes caractères que celles qui succèdent à la section ou à l'élongation des nerfs : lésions de la myéline et du cylindre axe, avec intégrité de la gaine de Schwann; quelques fibres restent absolument normales. GEORGES THIBIERGE.

Notizen zur Pathologie des Blutes (Notices sur la pathologie du sang), par E. NEUMANN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVI, Heft* 2).

1° L'examen du foie et de la rate de sujets morts de fièvres intermittentes montra à Neumann que les granulations mélaniques étaient contenues dans les leucocytes; la forme de ces cellules était arrondie, anguleuse, fusiforme ou en massue et, dans leur intérieur se trouvaient les granules mélaniques avec un diamètre de $0^{mm},008$. Ils sont insolubles dans les acides minéraux; une solution de potasse les détruit. On ne pouvait pas y déceler la présence du fer, mais ce n'est pas là une raison pour ne pas admettre que le pigment mélanique provienne de l'hémoglobine.

2° Neumann montre que la formation des cristaux de Charcot, aux dépens du sang des sujets morts de leucémie, est due au passage de certains principes de la moelle des os malades : 1° on y trouve, en effet, à la place des médullocelles normaux, des éléments de tous points semblables aux leucocytes du sang; 2° on ne peut plus, avec cette moelle des

os, produire ces mêmes cristaux, comme c'est le cas chez les sujets normaux.

ED. RETTERER.

Fibröse Tuberkel, verursacht durch Parasiteneier (Tubercules fibreux causés par des œufs de parasites), par M. MIURA (*Archiv. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVI, Heft* 2).

Miura trouva à l'autopsie d'un paysan japonais, âgé de 26 ans, les divers viscères, ainsi que l'épiploon, recouverts de nodules miliaires durs comme du sable. Examinés au microscope, ces derniers étaient constitués : 1° par une zone centrale, où étaient encapsulées des cellules géantes et des *œufs de ver;* 2° par une zone moyenne, formée de cellules conjonctives arrondies, ovalaires ou fusiformes ; 3° enfin, par une zone externe. Cette dernière laissa reconnaître deux couches : l'interne montra un réseau constitué par les prolongements anastomosés de cellules conjonctives, tandis que l'externe était le résultat de la juxtaposition de lamelles concentriques de tissu conjonctif.

Les cellules géantes parurent dériver de cellules endothéliales ou de leucocytes, car elles se trouvaient toujours au centre des nodules.

ED. RETTERER.

Contribution à l'étude de la tuberculose intestinale chez l'homme, par N. TCHISTOVITCH (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *mai* 1889).

En étudiant les lésions de l'intestin tuberculeux chez l'homme, Tchistovitch parvient à distinguer deux formes anatomiques répondant à deux modes d'infection différents : l'infection locale par le contenu intestinal, l'infection générale par la voie sanguine. Dans le premier cas, les lésions débutent par les couches muqueuse et sous-muqueuse, les ulcérations sont fréquentes ; dans le second cas, le processus se localise dans le tissu conjonctif sous-séreux ; dans les deux cas, la couche musculaire empêche la propagation du processus tuberculeux ; son action est surtout efficace dans la tuberculose débutant sous la séreuse, les tubercules qui occupent ce siège étant relativement pauvres en bacilles. Les éléments épithéliaux et glandulaires ne paraissent jouer aucun rôle dans le développement des tubercules de l'intestin, ils ne se modifient que secondairement. La propagation du processus tuberculeux à travers la paroi intestinale se fait de préférence par la voie lymphatique.

GEORGES THIBIERGE.

Deux cas de tuberculose bacillaire congénitale, par E. MALVOZ et L. BROUWIER (*Annales de l'Institut Pasteur, avril* 1889).

Les faits de tuberculose congénitale se comptent encore, et dans un seul (celui de Johne), on a constaté la présence des bacilles de Koch dans ces lésions. Malvoz et Brouwier ont constaté, chez un fœtus de 8 mois trouvé dans la matrice d'une vache atteinte de tuberculose généralisée, des lésions tuberculeuses du foie avec intégrité des poumons, et chez un veau de 6 semaines, des tubercules du foie et des ganglions du hile hépatique et du hile pulmonaire, avec intégrité des poumons; dans les deux cas, ils ont constaté l'existence de bacilles au niveau des lésions. Ils considèrent le deuxième cas comme une tuberculose d'origine congé-

nitale en se basant sur la localisation hépatique des lésions qui respectaient les poumons : le sang, chez le fœtus, arrive en effet en bien plus grande quantité au foie qu'aux poumons. GEORGES THIBIERGE.

Capsules surrénales et mélanodermie, à propos de deux observations de maladie bronzée, par BAUMEL (*Acad. méd. Montp., janvier; Montp. méd., janvier-février* 1889).

1° Homme de 36 ans, chez lequel la mélanodermie n'est constituée que par l'exagération de la pigmentation normale. A l'autopsie, hypertrophie considérable des capsules surrénales, 7 centimètres sur 5 centimètres de large et 2 centimètres d'épaisseur, qui offrent de nombreux foyers de dégénérescence caséeuse, et des nodules caséeux. A côté de ces nodules, amas cellulaires très abondants et comparables à des globules lymphatiques.

2° Femme de 65 ans : mélanodermie intense, généralisée à presque tout le corps. Les pieds, les mains et la face étaient respectés contrairement à ce qui a lieu d'ordinaire. Les deux capsules sont atrophiées, ne pèsent que 5 gr., 9 (ensemble) au lieu de 7 grammes, poids moyen normal de chacune, et présentent une stéatose qui se remarque d'ailleurs aussi sur les autres organes abdominaux.

Baumel conclut à l'existence probable d'un appareil nerveux chromatique (chromatogène et chromodistributeur) qui semblerait avoir pour point de départ l'œil, et pour aboutissant la peau.

Quant au rôle de la capsule surrénale, il consisterait à fournir un élément formateur de pigment qui, après avoir contribué ou non à former l'hémoglobine, formerait du pigment dans les éléments cellulaires fixes ou migrateurs. A. MOSSÉ.

Division et dégénérescence des cellules géantes de la moelle des os, par DEMARBAIX (*La Cellule, t. V, fasc.* 1, 1889).

On n'a pas décrit dans les cellules géantes moins de six modes de division : la fragmentation indirecte (Arnold, Werner) — la division directe en deux parties égales (Werner) — la division en deux parties très inégales (Werner, Denys) — la division simple simultanée en plusieurs petites cellules équivalentes (Werner, Denys) — la division cinétique multiple (Denys) — la division cinétique binaire (Cornil). L'auteur recherche si toutes ces modalités existent réellement, examinant successivement la fragmentation indirecte, la division cinétique, binaire et multiple, la division directe.

L'une des phases les plus caractéristiques de la fragmentation indirecte d'Arnold consiste dans la condensation de la chromatine dans les noyaux qui prennent par ce fait un aspect brillant spécial et se colorent d'une façon intense. De tels noyaux n'existent pas cependant pour Demarbaix pendant la vie de la cellule; ils représentent une altération cadavérique des noyaux structurés d'ailleurs à la façon ordinaire. Cette altération commence par un gonflement des corps chromatiques ; bientôt la partie colorable forme à la face interne du noyau une couche continue qui s'épaissit de plus en plus, et finit par occuper toute la cavité du noyau. Les noyaux dégénérés opposent aux agents décolorants une résistance analogue à celle des noyaux en cinèse, ce qui fait penser que la chromatine a subi une modification par laquelle elle devient analogue, sinon identique, à la chromatine des figures karyokinétiques. Il est pos-

sible que l'intensité de coloration des noyaux dégénérés soit due à une augmentation de la chromatine, mais elle se laisse également expliquer par une perméabilité plus grande des éléments nucléiniens pour les matières colorantes.

La division cinétique binaire de Cornil ne s'observe dans les cellules géantes ni à l'état normal, ni à l'état pathologique. La division cinétique multiple de Denys, est au contraire, pour ces cellules un mode de division physiologique.

Quant à la division directe des cellules géantes, l'auteur rejette le mode par étranglement de la cellule en deux cellules-filles équivalentes. Le mode par étranglement en deux cellules-filles très inégales existe très probablement, surtout représenté par la variété endogène, où les cellules-filles demeurent emprisonnées dans la cellule-mère. C'est du moins par une division directe endogène que l'on peut le mieux expliquer des figures de cellules géantes renfermant soit de petits noyaux libres, soit de petits noyaux entourés d'une zone de protoplasma clair, soit même de petites cellules limitées par une membrane. Une telle interprétation de ces complexus cellulaires est plus satisfaisante que celle qui consiste à les regarder comme dus à la fusion de plusieurs éléments, ou comme le résultat de l'absorption des petits éléments par les grands et d'une véritable phagocytose (Löwit).

L'auteur termine en décrivant à l'état normal des phénomènes de régression des cellules géantes. Tantôt le noyau se transforme en une goutte d'une substance homogène, qui peut d'ailleurs se fragmenter ultérieurement. Tantôt le protoplasme disparaît rapidement; la partie colorable du noyau forme à sa surface interne une couche réfringente, continue et homogène. Dans les deux cas, la coloration est intense.

A. PRENANT.

Die Milz in histologischer, physiologischer und pathologischer Beziehung, etc. (La rate au point de vue histologique, physiologique et pathologique; dans ce dernier cas surtout dans les fièvres intermittentes et le typhus), par MALININ (*Archiv. f. pathol. Anat., Band CXV, Heft* 2).

Malinin nie la charpente conjonctive qui, selon les auteurs classiques, s'étendrait de la capsule de la rate jusqu'à la gaîne des vaisseaux ; il n'a pas vu non plus les éléments lymphoïdes arrondis, décrits dans la rate. L'élément fondamental de cet organe est la cellule fusiforme, dont le noyau arrondi fait une saillie en forme de hernie. Dans les conditions normales, cette cellule est longue de 50 μ, mais elle peut se raccourcir jusqu'à n'avoir que 30 μ ou s'allonger à 100 μ. Ces cellules, en se reliant par leurs extrémités et en affectant les directions les plus variées, constituent toute la pulpe splénique, une sorte de tissu feutré. Le réticulum conjonctif des classiques n'est autre chose que l'ensemble des extrémités de ces cellules fusiformes.

Ces mêmes éléments ont une contractilité extraordinaire : ce sont eux (sans qu'il y ait besoin de muscles lisses) qui déterminent la contraction de la rate.

C'est dans ce tissu spongieux que se perdent les artérioles terminales, dont chacune est entourée d'un territoire de pulpe splénique sans com-

munication vasculaire avec les territoires voisins. Il en résulte la formation d'autant de lobules liénaux dont chacun donne naissance à une veine. La cavité de chaque lobule est délimitée par les cellules fusiformes, dont les noyaux présentent des mouvements amiboïdes et s'emparent de tous les éléments du sang offrant une faible résistance. C'est ainsi que les cellules spléniques font disparaître les globules rouges du sang qui ont cessé de vivre.

Se fondant sur ces résultats, Malinin regarde la rate comme un organe qui débarrasse le sang des éléments morts et emploie les matériaux de ces éléments à en fabriquer d'autres ou bien à fournir les principes de la bile ou d'autres humeurs de l'organisme.

Dans la première période des fièvres intermittentes et du typhus, les cellules fusiformes renferment de nombreux globules rouges, jusqu'à 15, en même temps que le noyau s'hypertrophie et que les extrémités du corps cellulaire diminuent de longueur.

Dans la deuxième période, les noyaux sont remplis de détritus et les cellules prolifèrent abondamment. Dans la troisième période, la rate est gonflée et devient plus résistante, ce qui tient à ce que la rate est constituée par des éléments jeunes séparés les uns des autres par des détritus sanguins. Dans ces conditions, les hématies mortes du sang ne sont plus retenues par la rate et continuent à circuler dans l'appareil vasculaire. Ce serait là la cause de dépôts de pigment dans les divers organes chez les individus atteints de fièvres intermittentes chroniques. ED. RETTERER.

Lymphangite cancéreuse pleuro-pulmonaire, par GIRODE (*Arch. de médecine, janvier* 1889).

Le cancer des viscères abdominaux et surtout de l'estomac peut infecter secondairemeut l'appareil lymphatique du thorax par des mécanismes multiples : 1° par embolisation cancéreuse dans les veines, le cœur droit et l'artère pulmonaire, puis développement de noyaux cancéreux dans le parenchyme du poumon et lymphangite rayonnant à partir de ces noyaux ; 2° par envahissement péritonéo-pleuro-pulmonaire direct par l'intermédiaire des espaces lymphatiques du diaphragme ; 3° par migration des produits cancéreux suivant le canal thoracique et infection rétrograde des ganglions cervico-médiastinaux.

La lésion résultant de ces trois modes d'infection cancéreuse mérite d'être considérée comme une lymphangite cancéreuse véritable, ou suivant l'expression de Wagner comme cancer des vaisseaux lymphatiques.

Cette complication, habituellement silencieuse, peut par exception troubler d'une façon profonde et plus ou moins directe l'hématose pulmonaire, en imprimant à la maladie une allure très rapide. RICHARDIÈRE.

Contribution à l'étude de l'épithéliome des glandes sudoripares, par DARIER (*Archiv. de médecine expérimentale*, 1er *janvier et* 1er *mars* 1889).

L'épithéliome des glandes sudoripares n'est pas une tumeur à type clinique défini et d'une structure toujours identique.

Histologiquement les épithéliomes d'origine sudoripare peuvent appartenir à des formes nombreuses (épithéliome adénoïde, lobulé, tubulé, mixte). Il convient d'ajouter aux formes déjà connues l'épithéliome

diffus qui peut se présenter chez l'homme sous l'aspect de tumeurs intra-dermiques multiples, à évolution rapide.

Les caractères cliniques des épithéliomes sudoripares sont trop variables pour qu'il soit actuellement possible d'établir toujours le diagnostic de ces tumeurs et notamment de les différencier à coup sûr des autres épithéliomes de la peau. Les symptômes qui ont été considérés comme caractéristiques pour ces tumeurs, tels que la bénignité, la lenteur d'évolution, la limitation et la mobilité, n'appartiennent qu'à la forme adénoïde de l'épithéliome, quelle que soit d'ailleurs son origine dans les glandes sudoripares, dans les glandes sébacées, etc. En outre, des tumeurs de nature non épithéliale peuvent s'accompagner des mêmes symptômes.

L'origine du néoplasme aux dépens de telle ou telle partie du revêtement épidermique (glandes sudoripares, glandes sébacées, ou bourgeons interpapillaires) ne lui imposant, à ce qu'il semble, ni une forme anatomique, ni une marche spéciale, les épithéliomes des glandes sudoripares comportent le même pronostic et sont justiciables du même traitement que les autres épithéliomes de la peau. A. GILBERT.

Osteogenesis imperfecta, par H. STILLING (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXV*, *Heft* 3).

C'est une contribution à l'étude du rachitisme soi-disant fœtal. Il s'agit d'un foetus de huit mois chez lequel la voûte du crâne est presque complètement membraneuse. Des os de revêtement, il n'y a que la portion frontale du coronal qui soit ossifiée. La base du crâne est bien développée. La colonne vertébrale présente une scoliose à convexité tournée à gauche. Les membres sont formés de segments très petits, en partie courbés et à épiphyses volumineuses. Il existe de nombreuses fractures.

L'examen microscopique montre que les cartilages épiphysaires et la limite d'ossification sont comme à l'état normal. De même la calcification du cartilage semble régulière. Le seul fait singulier consiste dans l'étendue des restes cartilagineux et la minceur des portions ossifiées, bien que la substance osseuse présente une structure normale.

On voit, d'après ces caractères, que Stilling a raison de distinguer ce cas d'ostéogénèse imparfaite d'avec le rachitisme fœtal.

ED. RETTERER.

Some observations on the morbid anatomy of gout, par Norman MOORE (*St. Barth. hosp. Rep.*, *vol. XXIII*, *p.* 289).

Mémoire basé sur 80 autopsies personnelles de goutteux, pratiquées de 1880 à 1887. Voici les principales conclusions qui ressortent de cette consciencieuse étude :

1° Quand il existe des dépôts uratiques dans une jointure, toutes les autres sont plus ou moins malades, même sans présenter de tophus ;

2° Les dépôts uratiques sont en général symétriquement localisés des deux côtés du corps. Ils s'observent plus communément aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Ils peuvent être confluents aux jambes et non aux bras ;

3° L'articulation du gros orteil et celle du genou sont les sièges d'élection : les tophus sont rares à la hanche;

4° On trouve souvent le coude intact quand les genoux sont envahis : jamais l'inverse ne se présente ;

5° Les tophus du poignet coïncident souvent avec ceux de l'épaule ;

6° Les articulations sternoclaviculaires et celles du larynx sont presque toujours indemnes ;

7° Les dépôts uratiques sont souvent masqués de plaques de cartilage en apparence normal.

Les lésions viscérales concomitantes sont les suivantes :

a) En première ligne, la néphrite interstitielle (55 cas), puis l'emphysème. Ces deux lésions n'accompagnent pas invariablement les tophus : elles peuvent se montrer indépendamment des dépôts uratiques.

b) L'hémorragie cérébrale (35 cas).

c) La cirrhose du foie (23 cas).

d) L'athérome artériel et particulièrement la dilatation aortique avec épaississement, mais non transformation uratique des sigmoïdes. H. R.

Recherches sur la structure des épulis, par de LARABRIE (*Arch. de médecine, janvier et février* 1889).

Les formes de l'épulis sont nombreuses. Cependant on peut dire que, dans l'immense majorité des cas, il s'agit soit d'un myélome (sarcome myéloïde), soit d'un fibrome. Cette dernière forme est fréquente et s'observe dans près de la moitié des cas. RICHARDIÈRE.

Déformations congénitales rappelant l'aïnhum, par PROUST (*Bull. de l'Acad. de méd.*, *2 avril* 1889).

Chez une jeune femme de 20 ans, Proust a observé les déformations suivantes : au membre inférieur droit, un pied-bot congénital varus, avec enroulement très marqué en dedans ; à la partie inférieure de la cuisse, du même côté, deux sillons circulaires parallèles, situés à quatre travers de doigt l'un de l'autre, sans altération de la peau ; à la partie supérieure de la jambe, un léger sillon non circulaire. Sur le membre inférieur gauche, déformation du gros orteil caractérisée par une saillie violacée, indolente, dont la partie centrale représente le squelette de l'orteil ; l'ongle est mince, grêle, atrophié, irrégulier ; la sensibilité est normale ; en arrière de cette masse, au niveau du pli métatarso-phalangien, existe un sillon profond. Pied plat. Au membre supérieur droit, syndactylie des quatre derniers doigts, dont l'index et l'auriculaire ne sont représentés que par la première phalange. A la main gauche, indépendance des doigts, dont le troisième offre deux sillons circulaires sur la première et la deuxième phalange. Pas de troisième phalange à l'index. Sensibilité normale sur tout le corps. Pas d'altérations des viscères.

Suivant Proust, ce qui a été décrit sous le nom d'aïnhum ne serait peut-être qu'une maladie fœtale à développement immédiat ou tardif, dont la lésion caractéristique consiste dans la production, dans le derme, d'un trousseau fibreux, dont la rétraction amène la formation d'un sillon et, consécutivement, l'atrophie des tissus sous-jacents. OZENNE.

Aneuryms of the right brachial and ulnar arteries following upon embolism, par MOTT (*Brit. med. journ., p.* 776, *avril* 1889).

Garçon de treize ans, atteint d'insuffisance aortique au cours de laquelle

se déclarent des accidents fébriles infectieux. Bientôt après, douleurs viscérales vers la rate et albuminurie; finalement, un matin, douleur atroce dans le bras droit, et disparition du pouls radial. La mort survint au bout de 3 mois. L'autopsie révèle une hypertrophie du cœur, et une dégénérescence crétacée des sigmoïdes de l'aorte : il existe de plus des végétations endocarditiques sur les valvules aortiques et mitrale; de vieux infarctus des reins et de la rate; enfin un double anévrisme de l'artère humérale et de la cubitale au-dessus du point oblitéré par l'embolus.

Mott fait remarquer qu'ici l'embolie a été la cause immédiate de l'anévrisme, et il signale l'analogie de ce processus avec les résultats de la ligature des artères quand les plaies deviennent septiques. A noter également la superposition d'une endocardite végétante infectieuse sur une ancienne endocardite avec calcification valvulaire. H. R.

Fall von Mycosis intestinalis, par DUBLER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte* n° 8, p. 235, 15 *avril* 1889).

Négociant en crins de cheval, âgé de 53 ans; le 22 septembre, dans l'après-midi, il est pris de malaise; le lendemain, lassitude et courbature extrêmes, légère fièvre; trois vomissements, un peu de diarrhée. La prostration augmente et il survient une dyspnée intense et de la cyanose. Mort dans le collapsus le 25, 60 heures après le début des accidents.

A l'autopsie, au niveau de la crosse aortique, tumeur rouge bleuâtre, grosse comme une petite pomme, formée par du tissu adipeux infiltré de sang; même état autour du tronc innominé. La portion inférieure de la veine jugulaire interne droite et de la veine cave supérieure passent à travers le tissu infiltré de sang; leur face interne est rouge bleuâtre sur une grande étendue. A droite de la partie inférieure de la trachée, au milieu de l'hémorragie, est un ganglion dur, gros comme une noix, infiltré de sang.

Dans les cavités pleurales et dans la cavité abdominale, liquide rougeâtre. Muqueuse laryngo-trachéale rouge foncé. Rate diffluente pesant 160 grammes. Muqueuse gastrique d'un rouge foncé uniforme, granuleuse, avec extravasats punctiformes. Dans l'intestin grêle, une douzaine de petites élevures variant d'un pois à un haricot sont formées par la muqueuse tuméfiée; les plus volumineuses se trouvent dans le jéjunum dont la muqueuse est infiltrée de sang et traversée de tractus jaunes. Plaques de Peyer difficilement reconnaissables.

Dans le gros intestin, colon ascendant surtout, le tissu sous-muqueux offre aussi quelques infiltrations rouge bleuâtre; les follicules isolés ne sont pas distincts.

Au microscope, la rate, le ganglion infiltré de sang et le sang de la veine coronaire du cœur renferment de nombreux filaments articulés. Dans la couche sous-muqueuse de l'intestin, aux endroits où il y a infiltration de pus ou de sang, on aperçoit d'innombrables petits bâtonnets et beaucoup de filaments articulés. Dans les couches profondes de la muqueuse, il y a quelques nids de bacilles; les villosités ne contiennent que de rares bâtonnets. Les noyaux de l'épithélium des glandes et des villosités se colorent mal. Un cobaye inoculé avec la rate, à l'oreille gauche, succomba trois jours après à un charbon typique. Les inoculations de cobaye à cobaye eurent toujours le même résultat, la mort entre le 2e et le 3e jour et des lésions caractéristiques; quelques-uns eurent de l'hématurie et surtout de l'hémoglobinurie. Tous leurs organes renfermaient des bacilles. Toutes les parties du corps ainsi que les liquides, le corps vitré et l'urine (qui en apparence ne contenait pas de bacilles) provoquaient l'infection. Au bout de 18 jours, la rate de l'homme était si putréfiée qu'elle n'était plus active. Des cultures de divers organes

des animaux inoculés, pratiquées sur la gélatine nourricière, sur l'agar-agar et la pomme de terre donnèrent des bactéridies pures, qui, inoculées à des animaux, se montrèrent aussi actives que le sang charbonneux. (*R. S. M.*, II, 116; III, 535; V, 693; VII, 176; XII, 261; XXVIII, 450). J. B.

Etiology of the irregularities of the teeth and jaws (Anomalies des dents et des mâchoires), par E. TALBOT (*Jour. of Amer. med. Assoc.*, 18 *déc.* 1888, *p.* 829).

Voici les principales conclusions de ce mémoire :

Les irrégularités des dents s'observent chez les idiots, les sourds et muets, les aveugles, plus fréquemment que chez les sujets forts et bien portants. Il n'y a point que la substance cérébrale qui soit altérée chez les faibles d'esprit : souvent aussi on constate que le système osseux est en entier défectueux.

L'arrêt de développement est le résultat de la mauvaise nutrition pendant la période embryonnaire et infantile, influencée par les mariages consanguins, la scrofule, l'alcoolisme des parents, les maladies constitutionnelles ; enfin, l'inflammation, *in utero*, des membranes ostéophytiques.

Les irrégularités des dents n'existent point sur des maxillaires grands et normaux, tandis que la majorité des petits maxillaires présentent des dents irrégulières.

Quand survient une ossification prématurée des sutures de la base du crâne, le diamètre antéro-postérieur est raccourci, ce qui entraîne un arrêt de développement du maxillaire supérieur.

Si, par vice de nutrition, le tissu osseux est arrêté dans son développement, les maxillaires peuvent être affectés : et si le maxillaire supérieur est atteint, la face est enfoncée au niveau de la racine et de l'angle du nez, le nez est élargi, et la mâchoire inférieure est proéminente. M.

Des vices de conformation de l'œsophage, par J. BROSSET (*Lyon méd*, 26 *mai* 1889).

Étude très complète des vices de conformation de l'œsophage. Brosset publie d'abord deux observations recueillies chez des nouveau-nés, ayant vécu 3 et 5 jours. Chez le premier, l'œsophage s'abouche dans la trachée au niveau de la bifurcation; chez le deuxième, même abouchement dans la trachée à 1 centimètre et demi au-dessus de la bifurcation. Brosset discute à ce sujet les signes et le diagnostic de ces anomalies, et passe à l'étude des vices de conformation chez l'adulte, qui ne sont que des rétrécissements.

On peut, d'après les faits publiés, distinguer six types de malformations œsophagiennes :

1° Manque d'une partie de l'œsophage; le segment supérieur se terminant en cul-de-sac à 3 ou 4 centimètres du bord supérieur du cartilage thyroïde ; le segment inférieur s'abouchant dans la trachée ou dans une bronche (43 sur 63 cas de M. Mackenzie);

2° Fissure trachéo-œsophagienne, communication simple de l'œsophage avec la trachée, état normal dans tout le reste des deux tubes (3 cas, Tarnier, Lamb, Pinard) ;

3° Absence d'œsophage sur une plus ou moins grande partie de son

trajet ; cordon fibro-musculaire réunissant les deux culs-de-sac (14 cas, Mackenzie) ;

4° Rétrécissements annulaires ou canaliculés ;

5° Ectasies et diverticules ;

6° Division de l'œsophage avec réunion à son extrémité inférieure.

Brosset discute ensuite la pathogénie de ces malformations ; aucune théorie n'est applicable à tous ces cas. Ce qu'on peut déduire de l'observation, c'est que deux bourgeons, l'un ectodermique, l'autre entodermique s'avancent l'un vers l'autre pour se confondre et se réunir, mais on ne peut préciser quel est celui qui fournit la plus grande partie de l'œsophage. A. CARTAZ.

Ueber Congenitale Knorpelreste am Halse (Sur des restes cartilagineux congénitaux du cou), par W. ZAHN (*Archiv f. path. Anat.*, *CXV*, *Heft* 1).

Zahn décrit trois cas de restes cartilagineux sur des sujets de 25, 26 et 27 ans, situés sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ils sont constitués dans les trois cas par du cartilage réticulé. Zahn les considère comme des dérivés des arcs branchiaux. Il pense, d'après les documents que nous possédons sur ce sujet, qu'ils présentent un certain intérêt pratique : en effet, ils ont constitués en partie par du cartilage fœtal et sont le siège d'un accroissement continu, quoique fort lent. Il est possible que plusieurs enchondromes de la région du cou, rapportés par les auteurs, doivent leur origine à des restes branchiaux qui ont proliféré dans des conditions encore mal déterminées. ED. RETTERER.

De quelques anomalies dans le développement de la fonction des glandes mammaires chez la femme, par Otto ENGESTRŒM (*Ann. de gynéc.*, *février-avril* 1889).

Les cas d'absence ou de développement rudimentaire de la mamelle sont très rares. Suivent deux observations inédites. Cet accident est lié à des vices de conformation sérieux du thorax et des muscles grands pectoraux.

Les mamelles surnuméraires, aussi fréquentes chez l'homme que chez la femme, sont beaucoup moins développées que la mamelle normale. Il y a cependant des exceptions où la mamelle surnuméraire est égale à la mamelle normale. — Suivent une observation de polymastie et une observation de polythélie.

Les cas de sécrétion lactée chez des femmes qui n'ont pas été enceintes peuvent être considérés comme très rares, et ceux où elle a été abondante comme dépourvus d'authenticité. Cependant, il n'est pas exceptionnel d'observer des faits où la sécrétion lactée existe, mais peu abondante.

Dans un cas, à la suite de l'ablation d'un ovaire malade, chez une femme consécutivement mal réglée, la sécrétion lactée s'établissait tous les étés.

Chez une femme qui se titillait très fréquemment les mamelons, la sécrétion lactée s'établit.

Deux autres fois, la sécrétion lactée se produisit dans le cours d'une endométrite et une fois dans le cours d'une pelvipéritonite.

Dans tous ces cas, l'examen microscopique fit reconnaître la nature du lait qui s'écoulait hors des canaux galactophores. PORAK.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Ueber die Hypertrophie und das physiologische Wachsthum des Herzens (Sur l'hypertrophie et la croissance physiologique du cœur), par Fr. TANGL (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXVI, Heft* 3).

Tangl a examiné, d'abord par une série de mensurations, le mode d'accroissement du cœur chez les jeunes lapins; voici les résultats auxquels il est arrivé : tant que le cœur croît, les fibres (cellules) musculaires augmentent de diamètre transversal ; mais quoiqu'il n'ait pas constaté par l'observation directe l'allongement de leur grand diamètre, le fait n'en est pas moins évident, puisque les fibres musculaires du lapin nouveau-né sont plus courtes que celles de l'adulte. Le grand nombre de figures karyokinétiques, qu'on voit dans le cœur des fœtus et du nouveau-né, indiquent également qu'il y a division cellulaire dans les cellules musculaires. Cette première série de recherches montre donc que le cœur s'accroît, pendant la vie fœtale et quelque temps après la naissance, grâce à l'augmentation de volume et à la division cellulaire des fibres musculaires. Plus tard, l'accroissement du cœur ne se fait plus que par l'augmentation des dimensions de la cellule musculaire.

Ces faits bien établis, Tangl a provoqué l'hypertrophie du cœur, en introduisant une sonde par l'artère carotide droite et en détruisant une ou deux des valvules sigmoïdes : la réussite de l'opération était toujours suivie d'une insuffisance aortique avec tous les symptômes cliniques de la maladie. Il a expérimenté sur 16 lapins. La première conséquence de cette opération est une dilatation du ventricule gauche (Rosenbach). C'est à partir du 19e jour que débute l'hypertrophie dont le degré dépend : 1° de la durée de l'insuffisance; 2° de la grandeur de la lésion valvulaire. L'hypertrophie peut même se développer, et cela à un degré notable, quand on soumet l'animal à une alimentation presque insuffisante.

Un autre caractère à noter, c'est l'allongement des cordages tendineux et l'amincissement des muscles papillaires du ventricule gauche. Une seule fois, Tangl a constaté de l'ascite sur l'un des lapins, le 155e jour après l'opération.

Quant aux modifications survenues dans le cœur, les tableaux dressés par l'auteur prouvent que plus le poids du cœur devient grand, plus le diamètre transversal de la fibre musculaire est considérable. Donc dans la croissance physiologique et pathologique, on voit la fibre musculaire s'élargir, en même temps que l'on constate l'hypertrophie du cœur et l'augmentation de son poids absolu.

Pendant que le cœur s'hypertrophie ainsi, Tangl n'a pas pu observer de figures karyokinétiques, ce qui lui fait penser qu'il n'y a pas de prolifération des cellules musculaires ; il ne lui a pas été non plus possible de voir dans les premiers stades du processus, une multiplication du tissu conjonctif intermusculaire. ED. RETTERER.

Ueber die Elasticität gesunder und kranker Arterien (Sur l'élasticité des artères saines et malades), par R. THOMA et N. KAEFER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVI, Heft* 1).

Thoma et Kaefer ont déterminé, dans une série d'expériences, l'élasticité des artères à l'état sain et malade. Dès que la tunique interne présente quelques taches graisseuses, la paroi artérielle offre une élasticité moins parfaite. Le vaisseau se laisse distendre davantage sous une pression donnée et ne revient plus avec la même énergie à son calibre primitif. Une fois atteinte des premières lésions de la sclérose, l'artère est beaucoup moins élastique, et l'élasticité n'est plus parfaite : alors la pression dilate notablement le vaisseau en tous sens (longueur et largeur), en même temps qu'elle y détermine la formation de courbures, et, dès qu'elle cesse, le vaisseau ne reprend plus qu'imparfaitement ses dimensions primitives. Quand la sclérose est plus développée encore, l'élasticité revient au degré primitif et devient même plus forte et plus parfaite dans les derniers stades de la sclérose. Le développement du tissu conjonctif dans la tunique interne et le dépôt des sels calcaires expliqueraient ce dernier fait.

Ces expériences ont montré en outre qu'une pression faible suffit souvent pour déchirer les parois d'une artère atteinte de sclérose. C'est en expérimentant sur les vaisseaux, qui sont aux premiers stades de la sclérose, qu'on constate souvent la production de *dilatations fusiformes* des parois artérielles sous l'influence de la pression. Dans cette période de la maladie, il y aurait donc le plus de risques pour la formation d'anévrismes sur les vaisseaux malades. Plus tard, lorsque la tunique interne s'est hypertrophiée, que la paroi artérielle est renforcée et que son élasticité est augmentée, l'anévrisme est moins à craindre ; mais alors se produisent les phénomènes du pouls tardif et l'hypertrophie du ventricule gauche.

ED. RETTERER.

Ueber die Bedeutung der Schilddrüse (Recherches sur le corps thyroïde), par Hans von WYSS (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 6, p.* 175 15 *mars* 1889).

Wyss a enlevé le corps thyroïde à 2 chiens et à autant de chats. Les plaies se cicatrisèrent rapidement, sans suppuration notable.

Le phénomène morbide le plus précoce et le plus persistant chez les 4 animaux fut un tremblement fibrillaire, généralisé, des muscles qui débuta peu après l'opération et, avec quelques pauses, continua jusqu'à la mort.

Deux ou trois jours après l'opération, apparurent en outre des convulsions cloniques et toniques, atteignant surtout les masséters, les temporaux, les muscles du plancher de la bouche, ceux des lèvres et de la langue (d'où gêne considérable de l'alimentation).

Ensuite se montrèrent des convulsions épileptiformes, ainsi que de la raideur avec parésie des membres postérieurs.

Emaciation extrême, poils hérissés ; mort dans le marasme. A l'autopsie, disparition universelle du tissu adipeux sous-cutané ; atrophie des glandes ; anémie générale avec consistance glutineuse du sang et des caillots. Chez le chien qui a survécu le plus longtemps, il y avait

en outre une hypertrophie considérable du ventricule gauche. Chez tous, cerveau et moelle sans lésions microscopiques.

En résumé, ces expériences confirment à nouveau celles de Schiff (*R. S. M.*, XXIV, 435 ; XXVI, 703), comme l'avaient déjà fait celles de Fuhr.

D'autre part, Wyss a fait des recherches sur la texture du corps thyroïde. Ses examens microscopiques et ses expériences avec la pilocarpine l'amènent à conclure que la structure alvéolaire du corps thyroïde n'est qu'une apparence, et que la matière colloïde est le produit d'une sécrétion. J. B.

Experimentelle Untersuchungen über die Beziehung etc. (Recherches expérimentales sur les relations des cellules ganglionnaires motrices de la moelle épinière avec les nerfs périphériques), par Al. von SASS (*Archiv f. pathol. Anat. Band CXVI, Heft* 2).

Après avoir coupé un nerf déterminé d'un lapin ou d'un cobaye à la naissance, Sass en a disjoint les deux bouts ; puis après avoir fermé la plaie, il a laissé vivre les animaux pendant plusieurs mois. Ensuite il les a sacrifiés et a décomposé les divers segments de la moelle épinière en *coupes sériées*. En colorant ces dernières, il est arrivé à compter le nombre de cellules multipolaires du côté opéré et du côté sain. Pour ce qui regarde le nerf médian du lapin, il a trouvé qu'après sa section, il y a une atrophie secondaire des cellules multipolaires dans le tiers supérieur du huitième segment cervical, dans le tiers inférieur du septième et le tiers supérieur du sixième. Le nerf médian n'a donc pas un noyau d'origine bien circonscrit.

Pour le nerf radial du cobaye, il en est de même : il prend naissance dans la portion supérieure du huitième segment cervical, dans le septième et dans la portion supérieure du cinquième.

Quant au nerf cubital du lapin, il prend son origine dans la moitié supérieure du premier segment dorsal et dans le tiers inférieur et supérieur du huitième segment cervical.

Il résulte de ces recherches que les nerfs périphériques susdits n'ont pas un noyau d'origine bien circonscrit.

Des essais semblables ayant porté sur les nerfs des extrémités inférieures montrèrent que le nerf sciatique prend naissance, chez le lapin, dans un noyau ayant une étendue de 1 centimètre et situé à 2 cent. 5 du bout terminal de la moelle épinière.

En comparant ces résultats avec ce qu'on sait chez l'homme, il est légitime d'admettre que les muscles qui ont une position supérieure dans les membres reçoivent leurs nerfs de cellules ganglionnaires situées dans les segments supérieurs de la moelle épinière. ED. RETTERER.

Ueber hyaline Veränderungen der Haut durch Erfrierungen (Sur les modifications hyalines de la peau par la congélation), par H. KRIEGE (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVI, Heft* 1).

Au moyen de l'éther, Kriege a produit la congélation des oreilles du lapin, et, après avoir fixé les tissus, il les a examinés sur les coupes. Si après avoir congelé une oreille, on laisse vivre l'animal, la circulation qui s'y était arrêtée, y revient au bout de 15 à 20 minutes et, sauf

quelques vésicules qui soulèvent l'épiderme et un œdème diffus du pavillon; l'oreille reprend peu à peu son aspect normal, sans qu'il y ait nécrose. En tuant l'animal, alors que l'oreille a été congelée pendant 20 minutes, on y trouve des altérations vasculaires : les vaisseaux sont remplis d'une masse granuleuse et incolore : c'est la *thrombose granuleuse.* Au bout de trois quarts d'heure de congélation, on observe, outre les phénomènes précédents, le début de l'inflammation. En laissant l'animal vivre pendant 24 heures après la congélation, on trouve, à côté de la thrombose granuleuse, deux autres variétés de thrombus, l'un formé de leucocytes et l'autre d'une masse hyaline. Cette dernière résulterait tout simplement d'une altération des leucocytes se transformant peu à peu en hyaline.

Pour démontrer l'influence des nerfs vasculaires sur les phénomènes de la congélation, Kriege sectionne à gauche le grand sympathique au cou et 24 heures après, il congèle les deux oreilles du lapin pendant 10 minutes. En sacrifiant l'animal deux jours après, il constate qu'à gauche (côté opéré) la thrombose a atteint une étendue double de celle de droite, de même que des altérations des parois vasculaires sont bien plus prononcées à gauche. ED. RETTERER.

Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Todesursache bei Verbrennungen (Cause de la mort dans les brûlures ; recherches de pathologie expérimentale), par E. WELTI (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 2, p.* 51, 15 *janvier* 1889).

Les expériences de Welti ont été faites sur des lapins auxquels il brûlait les oreilles dans de l'eau chaude, à diverses températures.

En voici les conclusions :

1° Sous l'influence de la chaleur, il se produit dans le sang des oreilles une formation de plaquettes sanguines et une destruction des hématies;

2° Une partie des plaquettes donne naissance, dans les vaisseaux auriculaires dilatés, à des thrombus granuleux et plus tard hyalins. Une autre partie des plaquettes pénètre dans la circulation générale et va donner lieu à des thrombus dans d'autres territoires vasculaires;

3° Les sièges de prédilection de ces thrombus sont le système nerveux central, les reins et le tube gastro-intestinal;

4° Ces thrombus sont d'abord granuleux; ultérieurement, dans les artères surtout, ils deviennent hyalins et se creusent alors de vacuoles

5° Quand les animaux survivent quelque temps, les thromboses provoquent, dans l'estomac, des infarctus suivis d'ulcérations, tandis que dans les reins et le système nerveux central, elles entraînent immédiatement des mortifications qui occasionnent la mort;

6° Les phénomènes inflammatoires ne se montrent que secondairement au pourtour des foyers de mortification.

Dans l'oreille, la fixation des plaquettes sanguines contre les parois vasculaires est le résultat de la dilatation des vaisseaux et d'une altération de leurs parois, dues à la chaleur.

Dans les autres organes, on ne note pas d'altération des parois des vaisseaux. Ces expériences expliquent l'inefficacité de la transfusion qui ne peut remédier aux thromboses. Comme les plaquettes sont formées de globuline qui est soluble dans les alcalis, il y aurait peut-être lieu, chez

les brûlés, d'essayer d'augmenter l'alcalinité du sang, pour dissoudre les thromboses. J. B.

Quelques expériences et contribution histologique sur la cataracte produite par la naphtaline, par G. CURATULO (*Il Morgagni, février* 1889).

Les lésions microscopiques de la cataracte produite par la naphtaline sont identiques à celles de la cataracte produite par le massage et confirment la théorie de Becker sur la pathogénie de la cataracte. A la suite de l'administration de la naphtaline aux lapins, on constate dans la couche antérieure de la rétine la présence de nombreux petits cristaux ressemblant beaucoup à ceux de la naphtaline ; ces cristaux donnent au fond de l'œil examiné à l'ophtalmoscope un aspect vraiment caractéristique. Les lésions du cristallin ne sont pas, contrairement à la théorie de Panas, la conséquence des altérations rétiniennes. L'administration prolongée de la naphtaline aux animaux altère trop profondément les conditions de leur nutrition pour qu'on puisse l'utiliser chez l'homme, dans le but d'amener la maturation de la cataracte.

GEORGES THIBIERGE.

Versuche ueber die künstliche Erzeugung von Carcinomen... (Expériences sur la production artificielle et sur l'inoculation du cancer), par HANAU (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 11, *p.* 334, 1*er juin* 1889).

1° *Production artificielle.* — Les expériences faites il y a trois ans par Hanau ont toutes échoué. Vainement il a, des mois durant, badigeonné le scrotum de rats blancs avec des mélanges de goudron minéral, il n'a jamais obtenu, au lieu d'un cancroïde, que de l'eczéma squameux et des gerçures nullement spécifiques.

Il n'a pas été plus heureux sur des chiens où il a varié de différentes façons les expériences.

2° *Inoculation* de rat à rat. Ici Hanau a été plus heureux que ses prédécesseurs. Le 28 novembre 1888, il a greffé dans la moitié droite du scrotum de deux vieux rats, un fragment de ganglion métastatique provenant d'un cancroïde de la vulve d'une ratte. L'un des animaux inoculés a succombé le 14 janvier 1889, et à son autopsie on a trouvé un cancer généralisé du péritoine (le canal inguinal est toujours béant chez les rats), de petites nodosités dans les deux cordons séminaux ; les grand et petit épiploons étaient infiltrés de noyaux durs, bosselés, dont les plus gros atteignaient les dimensions de cerises, et qui offraient le même aspect que ceux de l'animal ayant servi à l'inoculation. Il existait aussi des noyaux sur la séreuse du foie et entre l'estomac, la rate et les reins. L'examen histologique fut parfaitement concordant.

Le deuxième rat inoculé fut sacrifié le 25 janvier, et présentait sur le gubernaculum Hunteri, une nodosité aplatie de 2 millimètres et demi de diamètre, offrant sous le microscope la structure d'une verrue dure en train de devenir cancéreuse. En outre, il avait un noyau, gros comme un pois, adhérant largement à la queue de l'épididyme. Ce noyau n'offrait plus que sur un point la texture de la verrue dure, partout ailleurs c'était tout à fait un cancroïde et l'on voyait les cellules épithéliales pénétrer dans le tissu adipeux du voisinage. Hanau conclut que l'inoculabilité

artificielle du cancer entre animaux de la même espèce est désormais prouvée. De toutes les expériences antérieures, il ne regarde comme probante que l'une de celles de Novinsky (*Centralblatt. f. med. Wissench.*, 1876). Mais cette inoculabilité du cancer ne prouve nullement sa nature parasitaire. J. B.

Section intra-cranienne du trijumeau ; lésions trophiques consécutives, par LABORDE (*C. R. Soc. de biologie*, 16 *février* 1889).

Les lésions trophiques de l'œil, à la suite de la section du trijumeau, procèdent de la profondeur de l'organe, et non de sa surface comme on le croit depuis Cl. Bernard : elles n'ont pas leur point de départ dans l'insensibilisation de la conjonctive. Ces altérations, consécutives à la section du trijumeau, peuvent en d'autres points se traduire par de l'hypertrophie : c'est ainsi qu'elles peuvent amener une hypergenèse des dents. PAUL LOYE.

Transplantation und resorbirbare Tamponade (Transplantation et tampons susceptibles d'être résorbés), par Th. GLUCK (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, *n*os 47 *et* 48, *p.* 888 *et* 897, 1888).

L'auteur propose de boucher certaines pertes de substances traumatiques avec des fragments de muscle ou de peau pris à un animal vivant. Exemple expérimental : il fait à un chien une plaie profonde et sinueuse du cou à sa partie postérieure. La perte de substance intéresse des vaisseaux artériels et veineux. Il bourre la cavité sinueuse ainsi produite avec un fragment de muscle pris sur un autre chien. La plaie guérit par première intention. Le muscle implanté a servi de tampon, il s'est résorbé, s'est progressivement métamorphosé et atrophié. Un procédé analogue pourrait être appliqué en chirurgie dans certains cas.

A. MATHIEU.

Recherches sur la tuberculose zoogléique, par GRANCHER et LEDOUX-LEBARD (*Arch. de médecine expérimentale*, 1er *mars* 1889).

La tuberculose zoogléique est le fait d'un microbe qui se développe dans les organes, soit en colonies ou zooglées de structure particulière, soit à l'état de dissémination.

Dans le foie, ces zooglées peuvent occuper systématiquement les travées hépatiques, les vaisseaux intra-lobulaires ou indifféremment tous les éléments du parenchyme. Elles végètent librement sans réaction des cellules environnantes ou bien elles sont circonscrites par les tubercules.

Il existe, dans le foie infecté, avec ou sans zooglées, des zones ou îlots de dégénération, dus à l'altération des cellules hépatiques par le microbe ou les produits qu'il secrète.

La zooglée n'est qu'une phase transitoire, dans la vie du parasite ; elle disparaît, après quelques passages dans l'organisme du cobaye ou du lapin, et le microbe ne se cultive plus dans leurs tissus qu'en éléments isolés ou en faibles groupements ; il a varié, et la variation est devenue définitive, dans les mêmes conditions de milieu.

Par son évolution, par ses formes expérimentales, par ses lésions macroscopique et microscopiques la « pseudo-tuberculose bacillaire » de

Charrin et Roger ne peut être distinguée de la tuberculose zoogléique à microbes disséminés; c'est aussi une tuberculose à zooglées; son identité avec la tuberculose de Malassez et Vignal paraît probable, sans qu'on puisse encore l'affirmer. A. GILBERT.

Ueber Beziehungen der Tuberkelbacillen zu den Zellen (Sur les relations du bacille de la tuberculose avec les cellules), par A. STSCHASTNY (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXV, Heft* 1).

L'inoculation du bacille de la tuberculose détermine, dans la rate et le foie d'un petit rongeur, dans le foie du coq et du moineau, les lésions suivantes : les cellules migratrices du sang et de la lymphe s'emparent « grâce à leur voracité » des bacilles vivants et virulents de la tuberculose. Après les avoir incorporés, elles les transportent dans les tissus et y donnent lieu au véritable tubercule ou infiltration tuberculeuse. Une partie des leucocytes renfermant des tubercules se transforment par division du noyau, en cellules géantes ou en éléments épithélioïdes.

Stschastny n'a pas pu constater la transformation des cellules conjonctives, contenant des bacilles, en cellules géantes. Il n'est pas d'avis non plus que des leucocytes ou des cellules conjonctives libres de bacille puissent donner naissance à des cellules géantes. Ces éléments subissent, chez les animaux aptes à être infectés, une nécrose partielle ou totale; ils se développent, à la suite d'une excitation moins prononcée, pour empêcher l'entrée du microbe. Les cellules géantes des animaux réfractaires à la tuberculose sont des formations durables sans trace de nécrose, capables de défendre l'organisme contre l'ennemi. Elles hâtent, par leur activité propre, la mort du bacille de la tuberculose. Elles représentent les véritables *phagocytes*.

Les cellules conjonctives devenues éléments amiboïdes, de même que les cellules endothéliales, peuvent prendre part à la constitution du tubercule en augmentant le nombre des éléments lymphoïdes, en délimitant et en isolant la nouvelle formation des tissus voisins. ED. RETTERER.

Tuberculose microbienne et particulière du bœuf, par COURMONT (*C. R. Soc. de Biologie*, 16 *mars* 1889).

L'auteur a trouvé dans les tubercules pleuraux d'une vache qui paraissait atteinte de tuberculose ordinaire, un micro-organisme qui n'est pas le bacille de Koch et qui ne ressemble pas aux diverses formes de microbes décrites jusqu'ici dans les différentes formes de tuberculose. Les cultures pures de ce micro-organisme produisent, chez le cobaye, des tubercules semblables à ceux de la tuberculose proprement dite et et évoluant avec grande rapidité. Le micro-organisme est abondant dans le sang; il présente quelques analogies avec le microbe décrit en 1881 par Toussaint dans le sang de bœuf tuberculeux. PAUL LOYE.

Contribution à l'étude des localisations secondaires du virus pneumonique (diplocoque de Fränkel), par L. VANNI et U. GABBI (*La Riforma medica*, 14, 15, 16, 17 *et* 18 *mai* 1889).

Dans tous les cas de pneumonie observés par eux, les auteurs ont constaté la présence du pneumocoque de Fränkel. Dans 5 cas sur 9, ils

ont trouvé ce même micro-organisme dans le suc splénique, ce qui prouve que la tuméfaction de la rate est due à la réaction phlogistique provoquée par le virus; c'est une nouvelle preuve de l'infection générale de l'organisme dans la pneumonie. Les cas observés par les auteurs étaient d'une gravité insolite et appartenaient à une épidémie remarquable par le nombre considérable des sujets atteints. GEORGES THIBIERGE.

Sulla presunta tossicità dell' aria espirata, par UGHETTI et ALONZO (*La Riforma medica*, 8, 9, 10 *et* 11 *juillet* 1889).

De leurs expériences faites sur les lapins, les auteurs concluent à l'innocuité pour ces animaux de l'eau distillée, alcoolisée ou acidulée, à travers laquelle on fait passer pendant plusieurs heures l'air expiré par un homme sain, à l'innocuité de la vapeur d'eau contenue dans l'air expiré par un homme sain et à celle de l'eau qui a servi à laver les poumons d'un lapin par injection trachéale. GEORGES THIBIERGE.

Bakteriologische Mittheilungen, etc. (Études bactériologiques sur les expectorations vertes et les bacilles qui produisent le pigment vert), par A. FRICK (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVI, Heft* 2).

Frick examina, au point de vue de la coloration verte, 50 crachats provenant : 1° d'un cas typique d'asthme bronchique; 2° de cas de bronchectasie; 3° de pneumonies fibrineuses; 4° de bronchites chroniques et aiguës et 5° de phtisiques aux diverses périodes de la maladie. Cultivé dans divers bouillons, le micro-organisme qui produit la coloration verte, fut trouvé le même pour ces divers crachats. C'est donc lui qui est l'agent unique de la teinte verte. Il figure un bacille mince, dont la longueur est 6 à 7 fois plus grand que la largeur. Les extrémités en sont arrondies.

En examinant une gouttelette de culture, on voit que les bacilles en question sont animés de mouvements très vifs. En ensemençant des plaques de gélatine, on y aperçoit déjà au bout de 24 heures des colonies vertes, qui persistent ainsi pendant des semaines, sans qu'on voie trace de liquéfaction dans la gélatine. En inoculant de la gélatine avec des cultures de ce microbe, la teinte verte se développe sur tous les points inoculés.

En privant les cultures, par divers moyens, d'oxygène, le bacille cesse de pousser : il est donc aérobie. Les cultures sur l'agar prospèrent le mieux à une température de 20 à 25°, en même temps que la coloration verte y devient très intense. A la température de 40°, les cultures réussissent peu.

La matière colorante est, dans les premiers jours, franchement verte; plus tard, elle devient jaunâtre, puis jaune brunâtre ou brune; mais elle conserve toujours une fluorescence d'un vert sombre intense. Elle est insoluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme; l'eau et les solutions alcalines la dissolvent. Les acides font disparaître le principe colorant, qui reparaît sous l'influence des alcalis.

En cultivant sur les crachats tous les bacilles capables de produire la coloration verte, Frick en distingue six expèces différentes; ce sont : Bac. pyocyaneus et Bac. fluorescens liquefaciens; Bac. viridis pallescens;

Bac. virescens, B. iris ; B. fluorescens. Pour le Bac. pyocyaneus B, les résultats sont douteux. ED. RETTERER.

Sur la formation des cellules géantes et leur rôle phagocytaire dans la tuberculose des amygdales et de l'épiglotte, par A. STSCHASTNY (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *mai* 1889).

Les leucocytes jouent un rôle prépondérant dans la formation des tubercules des amygdales; les cellules endothéliales des capillaires et les cellules fixes n'y prennent qu'une part secondaire en augmentant le nombre des cellules uninucléaires (cellules épithélioïdes). Quant aux cellules géantes, elles sont, principalement, mais non uniquement formées par la fusion des éléments cellulaires ; il est probable que certaines d'entre elles résultent de la prolifération des cellules endothéliales qui se trouvent dans les espaces lymphatiques et dans les fentes des amygdales, et que d'autres proviennent des cellules du tissu conjonctif. Les cellules géantes sont au nombre des phagocytes qui, même dans un organisme affaibli, peuvent lutter contre les bacilles qui les entourent, leur résistent et même s'en emparent et les dévorent. GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude de la diphtérie (2e mémoire), par ROUX et YERSIN (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *juin* 1889).

Ce nouveau travail de Roux et Yersin est surtout consacré à l'étude des propriétés chimiques du poison diphtérique. Comme les diastases, il est modifié par la chaleur, et d'autant plus profondément que la température est plus élevée et son action plus longtemps prolongée ; sa solution (culture filtrée) reste longtemps active quand on la conserve à l'abri de l'air et de la lumière ; elle s'altère rapidement sous l'action combinée de l'air et de la lumière solaire ; l'addition d'acides (acides lactique, tartrique, phénique, borique), même à doses très faibles, atténue notablement sa toxicité. Le poison diphtérique dialyse lentement, ce qui explique pourquoi son action est d'abord locale (formation d'œdème) et pourquoi l'injection directe dans le sang agit plus rapidement que l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané. Comme les diastases, il adhère à certains précipités formés dans sa dissolution (chlorure de calcium et surtout phosphate de chaux) ; ces précipités introduits sous la peau des animaux laissent échapper lentement le poison dans les tissus ; desséchés dans le vide, ces précipités agissent moins vite que les précipités humides, mais conservent plus longtemps leurs propriétés toxiques que le liquide filtré et que les précipités humides.

On peut estimer que 4 dixièmes de milligramme de poison diphtérique suffisent à tuer au moins 8 cobayes de 400 grammes ou 2 lapins de 3 kilogrammes chacun.

Le poison diphtérique a beaucoup d'analogies avec les diastases ; son activité est tout à fait comparable à celle de ces substances ou encore à celle des venins. Il paraît agir surtout sur les parois des vaisseaux, d'où les dilatations vasculaires, les hémorragies, les œdèmes observés chez les animaux. Sa grande activité peut amener à regarder comme très virulentes des cultures qui ne le sont pas.

Son extrême activité empêche les animaux de s'habituer à lui ; elle

oblige à intervenir chez les diphtériques dès le début de la formation des fausses membranes : lorsqu'on aura laissé au bacille le temps de former une dose suffisante de poison, on aura beau faire disparaître la fausse membrane et détruire les bacilles, la mort surviendra par empoisonnement. (*Voy. R. S. M.*, XXXIII, 466.) GEORGES THIBIERGE.

Ricerche sperimentali sulla trasmissione del carbonchio della madre al feto, par R. LATIS (*La Riforma medica*, 17 *juin* 1889).

Sur 15 expériences sur des cobayes, l'auteur a obtenu 8 résultats positifs; sur les 7 cas négatifs, 6 se rapportent à des femelles arrivées à terme, ce qui tend à prouver qu'à la fin de la gestation, le placenta se laisse moins facilement traverser par les bacilles, ou que les fœtus à terme sont tués par la maladie de la mère à une période où les bacilles sont encore rares dans le sang maternel.

En examinant des morceaux de moelle de sureau introduits dans le péritoine d'animaux inoculés du charbon, l'auteur a vu s'y introduire des bacilles libres, des globules blancs en assez grand nombre et des globules rouges en nombre moins considérable; de ces expériences et d'expériences faites sur l'introduction des bacilles du charbon dans la cornée, il conclut que ces bacilles peuvent facilement sortir des vaisseaux, par un mécanisme analogue à celui de la diapédèse et sans être transportés par des globules sanguins : leur passage de la mère au fœtus n'est qu'un cas particulier de leur pénétration à travers les parois vasculaires et n'est pas, comme on l'a prétendu, le résultat d'une altération placentaire. GEORGES THIBIERGE.

Inoculation du charbon symptomatique au lapin, par G.-H. ROGER (*C. R. Soc. de Biologie*, 2 *février* 1889).

Le lapin est très réfractaire au bacille du charbon symptomatique. Nocard et Roux ont augmenté sa réceptivité en ajoutant de l'acide lactique au virus. Roger a tué des lapins par le charbon symptomatique en associant du bacillus prodigiosus aux cultures. C'est un nouvel exemple d'association microbienne dans lequel l'un des micro-organismes sert d'auxiliaire a l'autre en lui fournissant des produits de sécrétion. PAUL LOYE.

Beiträge zur Pathologie des Milzbrandes (Contribution à la pathologie du charbon), par W. ROSENBLATH (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXV, Heft* 3).

Rosenblath chercha, dans une série d'expériences, à étudier la question controversée du passage des bactéridies charbonneuses de la mère au fœtus. Il inocula la maladie à des cobayes en gestation, il enleva les fœtus avec toutes les précautions nécessaires; il en examina les tissus sur les coupes après coloration, et, en même temps il fit des cultures. Il arriva à des résultats confirmant les recherches faites en 1882 par Straus et Chamberland, et que Straus a maintenus dans son traité sur le charbon, à savoir que le passage des bacilles de la mère au fœtus a lieu effectivement. Quand la culture donna un résultat positif, Rosenblath trouva des bactéridies dans les coupes du foie des mêmes fœtus.

Rosenblath rapporte en outre un cas de charbon observé sur un gar-

çon de 8 ans, qui tomba malade après avoir aidé à écorcher une vache. La période d'incubation fut courte ; en effet, le 3e jour, une vésicule se développa sous l'œil gauche avec gonflement des tissus environnants. La maladie évolua sans forte fièvre et sans avoir déterminé un état général grave : le seul symptôme inquiétant fut un œdème qui se généralisa et qui amena la mort le septième jour.

L'autopsie montra des hémorragies peu notables dans les muqueuses et les ganglions lymphatiques, bien que le tissu conjonctif rétropéritonéal fût fortement œdématié. On trouva peu de bacilles dans le sang et les organes.

Rosenblath pense qu'il s'agissait peut-être d'un virus atténué.

ED. RETTERER.

Ueber das Verhalten der Milzbrandbakterien im Organismus (Sur la façon dont se comportent les bactéries du charbon dans l'organisme), par El. METSCHNIKOFF (*Archiv f. path. Anat.*, *CXIV*, *Heft* 3).

Dans une série d'expériences, Metschnikoff inocula les spores du virus charbonneux dans la chambre antérieure de grenouilles, de moutons et de lapins réfractaires. Au bout de 3 heures et quart, il constata déjà la germination des bactéridies, et, au bout de 6 heures et demie, il vit des bacilles charbonneux en forme de bâtonnet. A la fin, les bactéridies arrivent à atteindre la forme de longs filaments. Au bout de 20 heures, de nombreux leucocytes se sont accumulés dans la chambre antérieure autour des bactéridies. En examinant les leucocytes, on les trouve remplis de bacilles incolores. Metschnikoff put voir, sous le microscope, des leucocytes dévorer des bacilles.

Dans une autre série d'expériences, il enroula un fil de soie munie de spores charbonneuses dans du papier-filtre suédois bien stérilisé: le paquet fut introduit sous la peau d'une grenouille. En comparant les bactéries de ce paquet, que ne pouvaient traverser les leucocytes, à un fil de soie muni de virus charbonneux et placé en contact direct avec les tissus sous-cutanés, Metschnikoff arriva au résultat suivant : 1) *dans le premier cas*, les bactéridies se développaient en bacilles, puis en filaments; 2) *dans le second cas*, les bactéridies devenaient de plus en plus rares sur le fil, ce qui marchait de front avec l'augmentation du nombre de leucocytes. Au bout de 24 heures, toutes les bactéridies avaient disparu.

Ces expériences démontrent que, dans la lutte de l'organisme contre le virus charbonneux, les leucocytes jouent un rôle des plus actifs.

ED. RETTERER.

Biologie du muguet, par LINOSSIER et G. ROUX (*Lyon méd.*, *p.* 340, 7 *juillet* 1889).

Les expériences ont porté sur la nutrition hydrocarbonée du saccharomyces albicans. L'organisme était cultivé dans des liquides de composition parfaitement définie auxquels on ajoutait une certaine proportion des substances à étudier : 5 0/0.

Ce sont les hydrates de carbone (glucoses, alcools polyglucosiques) qui constituent pour le muguet les aliments hydrocarbonés par excellence.

Les résultats les plus importants des recherches de Linossier et Roux ont trait à la morphologie du muguet. Supposant qu'il existait chez le muguet une phase véritablement sporifère, Roux a poursuivi cette étude et est arrivé à démontrer l'existence de cette phase.

Dans le liquide de Naegeli nº 1 additionné de 2 0/0 de saccharose, placé à 30 ou 35°, et ensemencé avec une culture pure de muguet sur carotte, on voit bientôt apparaître, à l'extrémité de certains filaments, des cellules exactement arrondies qui grandissent peu à peu, jusqu'à atteindre un diamètre triple et quadruple de celui des articles filamenteux et qui se distinguent des autres éléments cellulaires par un aspect particulier et des réactions spéciales du protoplasma, qui bientôt se segmente en une multitude de petites sphères qui englobent un globule central beaucoup plus gros et qui grossit de plus en plus au fur et à mesure que les granulations protoplasmiques environnantes disparaissent et semblent fondre dans le globule central.

Les réactions histo-chimiques montrent que ce globule pouvait être considéré comme un véritable spore; mais il n'a pas été possible de faire germer sur les milieux nutritifs. A. C.

Ueber-Trägbarkeit der Actinomycose vom Menschen auf den Menschen (Transmissibilité de l'actinomycose de l'homme à l'homme), par **BARACZ** (*Wien. med. Presse*, *nº* 1, *p.* 6, 1889).

On n'avait pas démontré nettement jusqu'ici la transmission de l'actinomycose de l'homme à l'homme, par la bouche. Elle a pu être établie par deux observations de l'auteur.

Il a vu d'abord au mois de janvier 1887 un cocher de 30 ans, portant à la mâchoire inférieure une tumeur, qui a fourni, après incision, du pus et des actinomyces. Cette tumeur a été guérie en sept semaines par les irrigations phéniquées et l'iodoforme.

Le 17 juillet 1887 s'est présentée la fiancée du précédent sujet, âgée de 23 ans, avec un abcès gros comme une noix et une tuméfaction du maxillaire inférieur, les premières molaires étant cariées. Ouverture de l'abcès, acide phénique, iodoforme. La patiente n'a pas accepté l'opération radicale. Elle a conservé longtemps une tuméfaction de la mâchoire, et de nouveaux abcès sont survenus à plusieurs reprises. Cependant, à la fin de décembre, la guérison a paru définitive.

Dans ce cas, comme dans le premier, on a trouvé dans le pus les actinomyces. L'auteur a recherché soigneusement l'étiologie du second cas; il admet que la fiancée a dû la maladie à un baiser de son fiancé. L. GALLIARD.

Die Ætiologie der seuchenhaften Hämoglobinurie des Rindes (L'étiologie de l'hémoglobinurie épizootique du bétail), par **V. BABÈS** (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXV, Heft* 1).

Il s'agit d'une maladie qui depuis les temps les plus reculés, produit des ravages dans les troupeaux de Roumanie. Elle est essentiellement caractérisée par les symptômes suivants : lassitude générale, température de 40° à 41° C., urines rouges ou brun rougeâtre. Elle peut guérir en quelques jours ou bien amener une mort rapide. A l'autopsie, on constate l'hyperémie de la caillette et de l'intestin, accompagnée d'œdème

hémorragique des organes avoisinants, de gonflement de la rate, des reins et d'hémoglobinurie. De nombreux pentastomes existent dans les parois intestinales, dans les ganglions mésentériques et dans le péritoine.

Les recherches entreprises par Babès lui permettent d'établir que la maladie précédente est une hémoglobinurie du bétail ayant les caractères d'une affection infectieuse et endémique. Elle est causée par un *diplococcus* spécifique, pénétrant dans les globules rouges du sang. Il est moins abondant dans les gros vaisseaux que dans les organes parenchymateux où la plupart des hématies sont envahies par les microcoques. C'est surtout dans les reins que le parasite se trouve en forte proportion. Il détruit les globules rouges et détermine de cette façon le symptômes essentiel de la maladie, l'hémoglobinurie. La présence de l'hématocoque suffit pour expliquer les modifications anatomiques.

Babès est porté à admettre que les parasites se multiplient dans l'eau des mares ou des puits mal entretenus. Une fois amenés dans le tube digestif du bétail, ils envahissent la muqueuse, les ganglions lymphatiques et le sang. Il est très probable que la présence des pentastomes favorise la pénétration des microcoques dans les parois intestinales et dans les ganglions lymphatiques. ED. RETTERER.

Ueber den blauen Eiter (Du pus bleu), par G. LEDDERHOSE (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXVIII, p.* 201, 1888).

Reprenant et complétant ses études sur le pus bleu, l'auteur étudie successivement les propriétés biologiques et pathogéniques des bacilles du pus bleu ainsi que la composition chimique et l'action physiologique de la pyocyanine.

Comme Ernst l'a démontré, on rencontre dans les suppurations bleues deux espèces de bacilles presque identiques morphologiquement auxquels Ledderhose donne les noms de *Bacillus pyofluorescens* (bacillus pyocyaneus α de Ernst) et *Bacillus pyocyaneus* (bacillus pyocyaneus β de Ernst). Le premier ne fabrique qu'une matière colorante jaune verdâtre, vivement fluorescente et dépourvue de l'odeur aromatique spéciale de la pyocyanine. Le second, exclusivement étudié par l'auteur, est le producteur de la pyocyanine, mais il ne la fabrique pas directement : il produit seulement une substance chromogène, incolore, qui, sous l'influence de l'oxygène atmosphérique, se transforme en pyocyanine, ce qui explique pourquoi on rencontre de préférence la coloration bleue dans les couches superficielles des pansements et pourquoi on peut trouver des bacilles pyocyaniques sans pus bleu. Du reste, la matière chromogène semble plutôt être un produit collatéral qu'une sécrétion directe du bacille ; car, dans les cultures, son abondance n'est pas proportionnelle au degré d'activité des bacilles; dans certaines conditions même les bacilles réduisent la pyocyanine bleue et la font repasser à l'état incolore. Les sécrétions cutanées, en particulier la sueur, sont les meilleurs milieux de culture du bacillus pyocyaneus et les meilleurs milieux de développement de la pyocyanine.

L'action des deux bacilles sur l'organisme vivant est identique; ils sont à la fois phlogogènes et pyogènes. Injectés à des lapins et des cobayes

en cultures pures, à la dose de 1 centigramme, ils provoquent dans le péritoine, des inflammations violentes avec exsudats séro-fibrineux et, sous la peau, des imbibitions séreuses avec infiltration fibrino-cellulaire abondante; on les retrouve à l'état de culture pure dans le sang des viscères et du cœur chez les animaux qui ont succombé. Ils peuvent vivre un certain temps dans les tissus, mais finissent par y succomber tout en conservant, après leur mort, leurs propriétés pyogènes.

La formule chimique de la pyocyanine est $C^{14} H^{14} N^{2} O$; elle se distingue donc des ptomaïnes par le chiffre élevé de son carbone relativement à son hydrogène et doit être considérée comme appartenant au groupe anthracique des substances aromatiques. — Injectée sous la peau ou dans les veines à des animaux, elle s'est montrée, comme Gessard et Charrin l'avaient déjà vu, absolument inoffensive. DE SANTI.

Beitrag zur Theorie der Eiterung (Contribution à la théorie de la suppuration), par A. GRAWITZ (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXIV*, *Heft* 1).

Grawitz injecta sous la peau des chiens, avec toutes les précautions aseptiques, de l'essence de térébenthine, afin de déterminer la formation d'abcès. Au bout de deux jours, les animaux furent sacrifiés et le pus, ainsi que des morceaux de tissus, furent portés sur des plaques de gélatine. Au bout de quinze jours, il n'y avait pas trace de microbes. Les raclures de ces plaques, mélangées à l'eau distillée, et injectées à des chiens, ne produisent ni gonflement, ni inflammation. La suppuration déterminée par les injections d'essence de térébenthine est par suite libre de tout micro-organisme.

Dans une seconde série d'expériences, Grawitz mêla à du pus libre de tout germe et provenant du chien, une proportion déterminée de staphyloccus pyogenes aureus ; ces derniers organismes cessèrent de s'y développer. Le caillot sanguin (du chien) est également un terrain défavorable à leur développement. Il faut insister sur le fait, à savoir que les globules de pus en question sont des éléments morts, ne pouvant, par leur activité propre, incorporer et manger le microbe. Grawitz réussit la même expérience avec du pus provenant d'un abcès du psoas et complètement libre de germes.

L'examen histologique des parois de l'abcès, provoqué par l'essence de thérébenthine, prouva que les cellules conjonctives étaient en voie de karyokinèse et après avoir suivi les diverses phases du processus de l'inflammation, Grawitz vit que les dérivés cellulaires des cellules conjonctives en prolifération concouraient, avec les leucocytes, à la formation du pus. La suppuration n'est donc pas déterminée par les micro-organismes seuls, de même les leucocytes seuls ne concourent pas à la production des collections purulentes. ED. RETTERER.

Ueber den Verlauf der durch Staphylococcus aureus hervorgerufenen Entzündungen (Des inflammations déterminées dans la peau du lapin par le staphylococcus aureus), par RIBBERT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 6, *p.* 101, 1889).

L'introduction de faibles quantités de staphylococci dans le tissu cellulaire sous-cutané du lapin détermine des altérations qui guérissent en peu de jours. Au bout de quelques heures, les cocci sont réunis

en petits amas dans l'intervalle des accumulations leucocytiques ou bien on les voit isolés ou réunis en petit nombre dans les leucocytes eux-mêmes, ou même dans les cellules fixes du tissu conjonctif. Pendant le premier jour, ils sont presque tous saisis par les éléments cellulaires, et, à la fin de la journée, ils donnent déjà des preuves de leur agonie; ils diminuent de nombre, se colorent mal et sont de dimensions inégales. La multiplication des leucocytes multinucléaires est telle qu'elle peut aboutir à la formation d'un petit abcès.

Plus tard, les leucocytes disparaissent après avoir détruit les cocci.

Dans le courant de la seconde journée, on voit autour du foyer inflammatoire, dans les cellules fixes, les noyaux se diviser, de sorte que le tissu devient riche en cellules, mais pauvre en leucocytes, et ne contient plus trace de cocci.

Donc la phagocytose se manifeste d'une façon certaine à la suite de l'injection de faibles quantités de cocci.

L'injection de grandes quantités de cocci a des effets différents. On voit se former des abcès plus ou moins volumineux; les cocci sont amassés dans l'intervalle des cellules ou dans les cellules mêmes, mais alors celles-ci sont dégénérées, détruites, on voit dans leurs débris des traces de noyaux. Ici, il n'y a pas phagocytose; les leucocytes ne détruisent pas les cocci, mais, au contraire, sont frappés par eux.

Les débris leucocytiques mêlés aux cocci privés de vitalité sont cependant accaparés par des éléments cellulaires (grandes cellules dérivant des cellules fixes du tissu conjonctif et cellules fixes elles-mêmes) qu'on peut appeler macrophages. On voit que ces éléments ne méritent pas le nom de phagocytes, puisqu'ils n'emprisonnent pas les microbes vivants, mais seulement leurs cadavres.

L'auteur admet, dans ces expériences, un autre mode de destruction des microbes : ils meurent parce qu'ils sont emprisonnés dans des amas de leucocytes, tués là soit par la privation d'oxygène et d'éléments nutritifs, soit par l'influence délétère de leurs propres produits de décomposition. C'est la théorie qu'il a déjà fait valoir pour d'autres microbes en 1885.

En troisième lieu, il invoque, comme agent de destruction des cocci, l'eschare superficielle produite par l'injection, eschare qui provoque un travail d'élimination, et, par conséquent, des proliférations cellulaires très actives.

Qu'on admette la phagocytose ou la destruction par emprisonnement dans les amas leucocytiques, on reconnaîtra donc la grande utilité de la multiplication des leucocytes pour la lutte contre les microcoques.

L. GALLIARD.

I. — Sulla resistenza del virus rabico alla putrefazione, par G. RUSSO-TRAVALI et G. BRANCALEONE (*La Riforma medica*, 31 *mai* 1889).

II. — Sur la transmission de la rage par voie nerveuse, par A. di VESTEA et G. ZAGARI (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *mai* 1889).

III. — Recherches sur la vaccination antirabique, par BABÈS et LEPP (*Ibid.*, 25 *juillet* 1889).

I. — Des débris putréfiés de substance cérébrale d'un lapin mort de la rage et enterré depuis 43 jours sont encore virulents, quoique leur viru-

lence soit atténuée, et leur inoculation à un lapin est suivie de paralysie au bout de 30 jours ; la virulence normale (6 à 7 jours d'inoculation) persiste encore dans la moelle de lapins enterrés depuis 18 jours ; l'inoculation du contenu d'une mouche trouvée à côté du cadavre d'un lapin a produit la paralysie au bout de 19 jours. Il est donc possible, lorsqu'on a à établir si un animal était enragé, de faire des inoculations avec son bulbe même lorsque ses organes sont dans un état de putréfaction déjà avancée.

II. — Revenant sur des expériences antérieures, les auteurs les confirment et les complètent. Chez le lapin, l'infection par voie nerveuse est d'un effet constant, que l'inoculation ait été faite sur un gros tronc nerveux ou sur de petits filets nerveux, et le virus se cultive tout d'abord dans la partie de la moelle épinière où aboutit la fibre inoculée, ainsi qu'on le prouve en sacrifiant prématurément les animaux et en inoculant diverses parties de leurs centres nerveux. Le virus rabique atteint les centres nerveux en se cultivant le long de la substance propre du nerf: en effet, en sectionnant la moelle et en isolant ses deux tronçons l'un de l'autre, après l'inoculation du nerf sciatique, on retrouve le virus dans le nerf sciatique du côté opposé et dans le tronçon inférieur de la moelle et non dans le tronçon supérieur. Lorsqu'on inocule les animaux par la voie sanguine, la propagation n'est pas régulière, le virus est emporté par le sang en différents points du système nerveux central, et la forme clinique n'est pas toujours identique.

Chez l'homme, l'évolution des phénomènes symptomatiques est souvent en rapport avec le siège des morsures, ce qui témoigne manifestement en faveur de l'absorption du virus par voie nerveuse.

III. — A l'Institut antirabique de Bucharest, en un an, sur 146 sujets mordus, dont 102 par des chiens certainement enragés, il n'y a pas eu un seul insuccès.

Des recherches expérimentales entreprises par Babès et Lepp, il résulte que l'on peut vacciner avec des substances qui sont à la limite de leur action pathogène, qui ne produisent par inoculation méningée qu'une fièvre passagère, mais jamais la mort des animaux ; il est même possible qu'on puisse vacciner avec des substances qui ne renferment pas de virus vivant ; mais ces substances n'ont probablement qu'une action vaccinante très peu stable, et il serait nécessaire d'en employer de grandes doses pour produire l'immunité contre l'inoculation intracrânienne. D'autres substances, d'où le virus est tout à fait exclu, telles que la substance rabique filtrée par le filtre Pasteur ou chauffée à 100°, ou l'extrait alcoolique de cette substance, ne produisent ni la rage, ni l'immunité. Il faut admettre la possibilité de vacciner avec les liquides et les cellules des animaux réfractaires, mais il est peu probable qu'on puisse arriver à employer utilement des substances purement chimiques provenant des animaux enragés. G. THIBIERGE.

Études sur l'immunité (I. Immunité des lapins contre le bacille du rouget des porcs), par E. METSCHNIKOFF (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *juin* 1889).

Si, chez un lapin vacciné contre le rouget des porcs, on injecte du liquide virulent dans le tissu cellulaire sous-cutané, on retrouve des bacilles vivants au niveau de l'injection pendant un temps plus ou moins long,

ce qui prouve que ces bacilles ne sont pas détruits par une substance chimique agissant très rapidement à la manière d'un antiseptique comme l'ont dit Emmerich et di Mattei ; après l'injection de vaccin faite dans la chambre antérieure de l'œil, on trouve des bacilles vivants pendant un certain temps ; puis l'humeur aqueuse ne donne plus de culture, et, avant cette destruction complète des bacilles, on peut constater que les bacilles du vaccin sont englobés par les leucocytes immigrés dans la chambre antérieure. En introduisant sous la peau du lapin des lamelles de verre réunies avec de la cire à cacheter et trempées dans une culture de bacilles virulents, on voit les leucocytes pénétrer entre les lamelles, et on constate bientôt dans leur intérieur un nombre plus ou moins considérable de bacilles englobés ; chez les lapins non réfractaires, les bacilles englobés par les phagocytes restent longtemps tout à fait normaux et se colorent parfaitement, tandis que chez les lapins réfractaires ces bacilles sont altérés au bout d'un certain temps et se colorent très mal.

L'immunité contre le rouget des porcs est donc une preuve nouvelle en faveur de la théorie des phagocytes et non un argument contre elle.

GEORGES THIBIERGE.

Beitrag zur Pathogenese des Typhusbacillus (Contribution aux propriétés pyogènes du bacille typhoïdique), par VALENTINI (*Berlin. klin. Woch.*, n 17, *p.* 368, 29 *avril* 1889).

Le bacille de la fièvre typhoïde peut-il provoquer de la suppuration ? Valentini l'affirme en apportant les deux faits suivants à l'appui de son opinion :

1° Dans le pus d'un abcès du tibia ouvert le 55e jour d'une fièvre typhoïde avec rechute, Valentini a trouvé des bacilles typhoïdiques ;

2° Dans le liquide d'une pleurésie suppurée survenue à la suite d'une fièvre typhoïde, il n'a constaté que les bacilles d'Eberth, à l'exclusion de tous autres microrganismes.

D'ailleurs, A. Fraenkel (*Verhandlungen des VI Congresses für innere Medicin, Wiesbaden*, 1887) a déjà signalé la présence de ce même bacille dans le pus d'une péritonite enkystée, le 147e jour d'une fièvre typhoïde.

Et Ebermaier (*Deutsch. Archiv* XLIV) vient de publier deux cas de périostite suppurée, consécutifs à la fièvre typhoïde, et dont le pus ne contenait que des bacilles typhoïdiques. (Voy. *R. S. M.*, XXXII, 74.)

J. B.

Microbe trouvé dans un cas d'endocardite infectieuse (2e note), par GILBERT et LION (*C. R. Soc. biologie*, 12 *janvier* 1889).

Ce microbe cultivé dans du bouillon de veau a amené des effets variables suivant l'âge de la culture. En culture de 12 jours, ce bacille, quand il ne tue pas rapidement par méningite, poursuit son évolution dans l'organisme de l'animal en expérience (lapin) et amène la mort au milieu d'une paralysie progressive sans lésions. Des cultures plus âgées n'amènent que de la parésie et de l'amaigrissement. Les cultures de 15 à 20 jours, stérilisées à l'autoclave à 120°, amènent une mort rapide avec convulsions. Le liquide de culture paraît en outre contenir des produits solubles doués d'un pouvoir vaccinal complet. (*R. S. M.*, XXXIII, 53.)

PAUL LOYE.

The etiology of puerperal fever, par W. R. SMITH (*Brit. med. journ.*, *p.* 1267, *décembre* 1888).

Les cultures du sang du cœur d'une femme morte de fièvre puerpérale donnent à Smith de nombreuses colonies où prédomine un seul organisme, c'est un micrococcus. L'inoculation de ces cultures aux souris les fait périr en deux ou trois jours; aux lapins, produit une éruption érysipélateuse.

Les conclusions de Smith sont les suivantes : l'organisme de la fièvre puerpérale est un streptocoque qui, au point de vue des cultures, diffère de celui de l'érysipèle et du staphylococcus pyogenes de Rosenbach. H. R.

I. — Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung (Observations du service de chirurgie de l'hôpital militaire de Munich. Tétanos traumatique), par LEYDEL (*Deutsche militärärtzliche Zeitschrift*, *n°* 4, *p.* 163; 1889).

II. — Action du tube digestif sur le virus du tétanos, par SORMANI (*La Riforma medica*, 22 *et* 23 *avril* 1889).

I. — Le liquide provenant du foyer septique d'un malade mort de tétanos traumatique, examiné au microscope, présente diverses espèces de bactéries, parmi lesquelles des bâtonnets identiques à ceux du tétanos: ensemencé dans le sérum de bœuf coagulé, il donne un développement en surface de courts bâtonnets, et, en profondeur, à l'abri de l'air, de bacilles tétaniques caractéristiques, en forme d'épingle, avec dégagement de gaz putrides. L'inoculation à des lapins adultes de 1 centimètre cube de cette culture, sous la peau du dos, provoque des convulsions tétaniques le 2ᵉ jour et la mort le 5ᵉ; en outre, on retrouve les bacilles en épingle dans le pus de la région inoculée. Enfin des cultures faites avec la terre recueillie sur le lieu de l'accident donnent le même résultat et tuent le lapin au 6ᵉ jour avec des convulsions et de l'opisthotonos. DE SANTI.

II. — On peut impunément consommer la chair des animaux morts du tétanos : le microbe du tétanos parcourt le tube gastro-intestinal des herbivores et des carnivores sans produire aucune manifestation morbide spéciale et sans être ni détruit ni atténué; un animal peut ingérer impunément une quantité de virus du tétanos bien plus considérable que celle qui, introduite par la voie hypodermique, causerait sa mort. Ces faits jettent quelque doute sur la théorie qui attribue la pathogénie et la symptomatologie du tétanos à l'absorption des alcaloïdes toxiques sécrétés par le bacille du tétanos. Les selles des animaux peuvent être un moyen de dissémination du virus tétanigère. GEORGES THIBIERGE.

Recherches sur les micro-organismes de l'estomac, par CAPITAN et MORAU (*C. R. Soc. biologie*, 12 *janvier* 1889).

Le sujet en expérience étant à jeun faisait un léger repas composé d'un peu de pain, de viande et d'eau. Deux heures après, on recueillait par le pompage, au moyen d'un tube rigoureusement stérilisé, une petite quantité de liquide gastrique. Les tubes étaient immédiatement ense-

mencés. Après isolément sur les divers milieux nutritifs, on obtint trois types purs, trois sortes d'organismes se colorant très bien par les couleurs d'aniline et donnant des cultures bien distinctes. PAUL LOYE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Action toxique, physiologique et thérapeutique des vapeurs mercurielles; recherche du mercure dans les liquides et les tissus de l'organisme, par A. E. MERGET (*Thèse de Bordeaux, p.* 240, *n°* 15, 1888-1889).

Cette thèse constitue une monographie des plus complètes, et les opinions de l'auteur, très originales sur plusieurs points, sont appuyées sur un nombre considérable d'expériences.

Les vapeurs mercurielles ont un très grand pouvoir diffusif en tout comparable à celui des autres fluides élastiques et qui étend la portée de leur action toxique à des distances très grandes des points où a lieu leur émission. Le mercure émet des vapeurs non seulement à la température ordinaire, mais même à des températures très basses, puisqu'elles ont pu être constatées à la température de — 44°. Elles ne diffusent pas seulement à travers les milieux gazeux, mais aussi à travers les milieux liquides tels que l'eau, l'alcool, les huiles, etc., et leur action toxique s'exerce identiquement de la même manière sur les êtres organisés qui vivent dans les deux sortes de milieux.

On décèle facilement et sûrement les plus minuscules traces de vapeurs mercurielles diffusées au moyen de papiers réactifs préparés avec les sels de métaux, et principalement avec la solution d'azotate d'argent ammoniacal ou le chlorure de palladium. Pour la recherche du mercure dans les liquides ou les tissus de l'organisme, il faut un procédé très sensible et très sûr, en même temps qu'assez simple pour pouvoir être possible en clinique. Merget détruit les matières organiques par l'acide nitrique à chaud, réduit le mercure sur un fil de cuivre plongé dans la solution et recherche le mercure sur le fil de cuivre avec du papier sensible au nitrate d'argent ammoniacal.

On sait depuis longtemps que les vapeurs mercurielles sont toxiques, mais les expériences et les observations sur lesquelles on s'est appuyé jusqu'à présent pour établir cette toxicité n'ont pas permis de les définir avec précision, parce qu'elles portaient sur des cas complexes où le mercure intervenait à la fois sous forme de vapeurs respirées à des températures très diverses et sous forme de poussières inhalées ou ingérées.

Lorsqu'on fait agir les vapeurs mercurielles seules et qu'elles sont émises à des températures inférieures à celles des organismes dans lesquelles elles pénètrent, de façon à ne plus se condenser dans les voies respiratoires, les faits essentiels à noter sont les suivants :

a) Emises à saturation, et respirées d'une façon continue, les vapeurs mercurielles tuent toujours les animaux soumis à leur influence, et d'au-

tant plus rapidement que ceux-ci sont de plus petite masse. La mort est précédée d'une série de troubles nerveux qui sont seuls à se produire et qui ne menacent que d'un danger fort éloigné les animaux supérieurs chez lesquels leur apparition est très tardive et leur évolution très lente.

b) Lorsque les vapeurs mercurielles ne sont plus saturées, elles peuvent cesser d'être toxiqués, quand même il y aurait continuité dans l'acte respiratoire. De même elles cessent d'être toxiques lorsque, quoique émises à saturation, elles sont absorbées par voie de respiration intermittente.

c) Tant que les accidents toxiques ne sont pas arrivés à leur phase la plus avancée, ils peuvent guérir sans aucun traitement par la seule précaution de s'éloigner du mercure.

d) Les animaux qui meurent intoxiqués par les vapeurs mercurielles ne présentent à l'autopsie aucune lésion macroscopique ou microscopique qui puisse expliquer leur mort. Ils ne présentent jamais de stomatite, mais les animaux de petite taille présentent un amaigrissement rapide causé par la déperdition exagérée des matières rejetées par les urines. L'analyse montre du mercure en assez grande abondance dans les organes des animaux morts intoxiqués, et les organes qui en contiennent le plus sont les reins, le foie, les poumons et le système nerveux, dans la proportion de 6 : 3 : 2 : 1.

La stomatite et la gingivite mercurielles sont généralement dues à l'action directe de petites particules de mercure.

Les animaux aquatiques placés dans un récipient plein d'eau, mais contenant au fond une couche de mercure, meurent promptement avec des accidents convulsifs.

Contrairement à l'opinion de Fürbringer, Merget montre que les vapeurs de mercure émises à une température inférieure à celle du corps ne peuvent se condenser dans les voies respiratoires et qu'elles sont absorbées par le sang à travers l'endothélium alvéolaire absolument comme les gaz. Le mercure, qui a pénétré dans le sang à l'état de vapeur métallique, y reste et y circule dans cet état et non à l'état d'albuminate soluble, dont personne n'a démontré l'existence. Le mercure métallique injecté dans le sang ne donne lieu qu'à des accidents d'embolie, tandis que les sels solubles, beaucoup plus toxiques, donnent lieu à des accidents différents.

Le mercure circulant à l'état métallique est probablement éliminé dans le même état ; en tout cas, les urines et les matières fécales contiennent du mercure, mais non à l'état de sels mercuriels solubles et probablement à l'état métallique ; c'est également sous cette forme qu'il s'emmagasine dans les organes et qu'il peut même s'éliminer par les voies respiratoires.

Dans un dernier chapitre consacré à l'emploi thérapeutique des vapeurs mercurielles, Merget discúte la question de l'absorption du mercure par la peau. Il conclut, en s'appuyant sur de nouvelles expériences, que le mercure ne pénètre ni à l'état métallique, ni sous forme de composés solubles, et que les frictions d'onguent napolitain n'agissent qu'en entourant le malade d'une atmosphère saturée de vapeurs de mercure. Enfin, il propose de remplacer les frictions mercurielles, dont l'emploi

présente de sérieux inconvénients, par des flanelles chargées de mercure très divisé que l'on peut porter sur la poitrine ou placer dans un sac de toile fine sur l'oreiller. Ces flanelles mercurées se préparent en plongeant des morceaux de tissus dans une solution de nitrate acide de mercure, puis dans une solution ammoniacale. Dans un certain nombre d'observations cliniques, l'emploi de ces plastrons de flanelle a donné de très bons résultats au point de vue thérapeutique. C'est un procédé propre, et, pas plus chez les malades que chez les individus sains qui se sont soumis à l'inhalation du mercure pendant plusieurs mois, on n'a jamais observé de stomatite ni de salivation. WILLIAM DUBREUILH.

Ueber den Einfluss der salinischen Abführmittel auf den Gaswechsel des Menschen (Influence des purgatifs sur les échanges gazeux chez l'homme), par A. LŒVY (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLII*, *p.* 515).

Les travaux de Speck, Mering et Zuntz ont démontré deux points : d'abord que l'introduction directe dans le sang de substances hydrocarbonées (acide lactique, butyrique, glycose, sucre) ou azotées (albumine, peptone) n'exerçait point d'influence sur l'absorption de l'oxygène. L'excrétion d'acide carbonique correspond à la combustion de ces substances par l'oxygène resté constant. En second lieu, lorsque l'on introduit ces substances dans l'estomac, il y a un accroissement de l'oxygène absorbé, en rapport avec le travail digestif. Et le même fait s'observe lors même que la digestion porte sur des matériaux complètement oxydés. Ces résultats subsistent malgré les objections de Voit et de Rubner. Qu'arrive-t-il lorsque l'on provoque l'activité intestinale par une substance comme le sulfate de soude complètement oxydé, qui est le principal facteur du traitement de Karlsbad et Marienbad. L'auteur se sert de l'appareil de Geppert et Zuntz. Les prises de gaz étaient faites d'une manière toute particulière. Les résultats ont montré que l'activité intestinale provoquée par la purgation accroissait les échanges gazeux ; il y a augmentation d'oxygène absorbé et d'acide carbonique excrété. La même dose ne produirait pas un effet identique sur la même personne. Le quotient respiratoire n'éprouve que des oscillations insignifiantes. L'activité musculaire de l'intestin n'a pas moins de part au phénomène de l'accroissement des échanges que l'activité sécrétoire. DASTRE.

Die Wirkung der Adstringentien (L'action des astringents), par R. HEINTZ (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXVI*, *Heft* 2).

Heintz étudie, dans le mésentère des grenouilles, l'action de divers astringents sur les vaisseaux : le tanin, en solution concentrée, dilate les vaisseaux ; en solution faible, il les rétrécit. L'alun (en solution de 0,05 à 0,5 0/0) les rétrécit; en solution plus concentrée, il les rétrécit d'abord pour les dilater ensuite. L'acétate de plomb, en solution de 0,01 à 1 0/0, produit leur rétrécissement. Le sulfate de zinc donne le même effet en solution de 0,01 à 0,5 0/0 ; le sulfate de cuivre agit de même dans les mêmes proportions ; plus concentré, il dilate les vaisseaux. Il en est de même du sesquichlorure de fer, du nitrate d'argent. Le sublimé corrosif produit le rétrécissement des vaisseaux en solution de 0,005 0/0.

Tous les astringents ont par suite, en solutions faibles, une action

semblable, qui est de rétrécir les vaisseaux. Dès que la solution est plus concentrée, il y a rétrécissement primitif, suivi bientôt de la dilatation des vaisseaux.

Les expériences faites sur la conjonctive et le mésentère du lapin montrèrent que, sur les animaux à sang chaud, les astringents exercent une action identique, quand on les emploie dans les mêmes proportions que plus haut.

L'effet styptique des astringents ne tient pas au rétrécissement qu'ils produisent sur les vaisseaux, puisque après avoir coupé le grand sympathique au cou et fait une blessure superficielle au pavillon de l'oreille, Heintz a vu que les astringents ne sont pas capables d'arrêter l'hémorragie. L'eau froide agit dans ce cas plus énergiquement. Des essais répétés ont établi que les astringents arrêtent les hémorragies parce qu'ils ont la propriété de précipiter et de coaguler les albuminoïdes. Les hémorragies des petites veines sont arrêtées par l'emploi d'une solution concentrée de tanin ou d'une solution de 8 à 10 0/0 de sesquichlorure de fer.

Les astringents, versés sur le mésentère de la grenouille, empêchent l'inflammation et la migration des leucocytes ; même si l'on arrose un mésentère déjà enflammé d'une solution astringente, on arrête la migration ultérieure d'autres leucocytes. Mais ceci n'est vrai qu'en tant qu'on se sert de solutions rétrécissant les vaisseaux ; concentrés, les astringents produisent l'inflammation.

Heintz pense que, dans ces cas, les leucocytes ne sortent plus des vaisseaux, parce que les astringents modifient la paroi vasculaire, surtout au niveau du ciment intercellulaire, et se comportent de la même façon que le nitrate d'argent, qui forme là un précipité. ED. RETTERER.

Ueber Herzarbeit und Herzgifte (Travail cardiaque et poisons cardiaques), par **H. DRESER** (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm.*, *XXIV*, *p.* 221).

Dreser a étudié l'influence de diverses substances sur le volume du pouls, la force absolue et les courbes de contraction du cœur. Il s'est servi de l'appareil de William. Il a constaté une augmentation de la force absolue avec la caféine ; une augmentation du volume du pouls (augmentation de la longueur des fibres musculaires) avec l'helléboréine, la caféine et surtout la spartéine, moins avec la physostigmine.

L'apomorphine ne produit tout d'abord qu'une diminution de la force absolue ; plus tard cette diminution porte également sur le volume du pouls. L'acide carbonique détermine rapidement et simultanément la diminution des deux phénomènes.

La courbe de contraction subit un accroissement sous l'influence de l'helléboréine et de la spartéine. WINTER.

Ueber die Oxynaphthoësäuren und ihre physiologische Wirkung (Des acides oxynaphtoïques et de leur action physiologique), par **ELLENBERGER** et **V. HOFMEISTER** (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm.*, *XXIV*, *p.* 261).

D'après les auteurs, les deux acides oxynaphtoïques de R. Schmitt sont plus antiseptiques que l'acide salicylique. Ils entravent le développement des germes putréfactifs dans le bouillon de viande à la dose

de 1/1,200. Leurs sels de soude sont également antiputrides, mais à la dose de 1/400 seulement.

Les deux acides sont toxiques : 3 grammes d'acide α-oxynaphtoïque tuent un lapin en 24 heures avec hyperémie de tous les organes parenchymateux, œdème pulmonaire, néphrite, gastro-entérite, etc. Le sel de soude correspondant est également très toxique. L'acide β et son sel de soude ne deviennent toxiques qu'à la dose de 3, 5 à 4 grammes. Ces acides n'irritent pas la peau. Pris à doses fortes, ils passent dans les urines, où on les retrouve (notamment l'acide α) au moyen de la coloration bleu violet qu'ils donnent avec l'acide azotique ou le perchlorure de fer. Ils possèdent des propriétés antipyrétiques. WINTER.

Experimentelle Untersuchungen über Sedum acre (Recherches expérimentales sur le sedum âcre), par Sh. JÜNGST (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol., XXIV, p.* 315).

Jüngst a retiré du sedum âcre (remarquable par sa saveur poivrée) un alcaloïde très instable qui produit chez les animaux de la narcose et une augmentation de la salivation, voire même parfois (chats et chiens) des nausées et des vomissements.

Chez l'homme, l'extrait alcoolique ingéré provoque surtout des manifestations locales (augmentation de la salivation, nausées, vomissements). En injections sous-cutanées, on observe une aggravation de ces phénomènes.

Chez les animaux intoxiqués par le sedum âcre, les contractions cardiaques se prolongent toujours au delà de la respiration. WINTER.

Zur Kenntniss der Wirkung neutraler Alkalisalze und des Harnstoffs auf Frösche (De l'action des sels alcalins neutres et de l'urée sur les grenouilles), par LINSBURG (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol., XXIV, p.* 342).

D'après des expériences de Linsburg sur les grenouilles, l'action des sels alcalins neutres (KCl. NaCl) ne diffère pas sensiblement de celle de l'urée. Tous ces agents, à petites doses, déterminent tout d'abord de l'excitation cérébro-spinale et périphérique, puis de la paralysie ; à fortes doses, ils paralysent directement. Tous, à petites doses, pendant une intoxication lente, produisent du tétanos.

L'action paralysante n'est pas toujours égale : comparée sur la moelle épinière, c'est le KCl qui vient en tête, le NaCl en dernière ligne ; sur la substance musculaire et le cœur, c'est encore le KCl qui tient la tête, l'urée ne vient qu'après le NaCl. Avec le KCl on observe un ralentissement des contractions cardiaques indépendant du vague; l'arrêt du cœur est généralement diastolique. L'urée et de fortes doses de chlorure potassique déterminent l'arrêt systolique du ventricule, tandis que les oreillettes continuent à se contracter.

On n'a observé de déformations des globules du sang qu'avec l'emploi de très fortes doses.

Le trouble que l'on observe dans le cristallin, même avec l'urée, et qui commence déjà à devenir perceptible après injection cutanée de 0,05 de NaCl, doit être attribué sans doute, non à un phénomène de déshydratation, mais à la précipitation de la globuline.

Le NaCl augmente la sécrétion (par action sur le nerf et non sur la peau) des glandes cutanées ; le KCl et l'urée n'ont pas d'action dans ce sens. WINTER.

Recherches chimiques sur l'influence de l'oxygène sur les produits azotés de l'urine, par Gustave KRAFFT (*Revue médicale de la Suisse romande, IX*, 295, *mai* 1889).

C'est sur lui-même que l'auteur a expérimenté, pendant huit jours, l'action de l'oxygène inhalé à la dose de 35 litres par jour. Voici ses conclusions :

Il n'y a pas eu d'augmentation dans la quantité d'urée.

L'acide urique n'a pas diminué.

Il n'y a pas eu oxydation de l'acide urique.

Il n'y a pas eu corrélation entre les 2 phénomènes d'oxydation : l'urée et l'acide urique.

Il y a eu dans l'azote total de l'urine une augmentation moyenne de 2gr,358 par jour. Le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total a été à l'état normal de 86/100. Ce rapport coïncide parfaitement avec celui indiqué par Bayrac (*Thèse de Lyon*, 1887). Ce même rapport est descendu à 75/100 sous l'influence de l'oxygène. Cette différence doit être attribuée à l'azote de l'urine et non pas à l'urée, qui n'a varié, d'une période à l'autre, que du chiffre total de 5 grammes. Il y a donc eu augmentation d'azote éliminé, sans augmentation corrélative de l'urée.

Le rapport de l'azote de l'acide urique à l'azote de l'urée a été de 1,83/100 à l'état normal, et de 1,70/100 avec l'oxygène. Enfin le rapport de l'acide urique à l'azote total a été de 1,53/100 à l'état normal, et de 1,25/100 avec l'oxygène.

Quel que soit le but d'une inhalation d'oxygène, expérimental ou thérapeutique, ce gaz doit être inhalé les narines fermées, et, après l'inhalation, la bouche et les narines doivent rester fermées 10 à 15 secondes. L'inhalation devient ainsi désagréable ; mais ce n'est que de cette façon que l'on peut prétendre avoir vraiment absorbé de l'oxygène (*R. S. M.* XV, 112 ; XVII, 66, et XX, 74). J. B.

Ueber die Wirkung der Hydronaphthylamine... (De l'action des hydronaphtylamines sur l'organisme animal), par Richard STERN (*Archiv f. pathol. Anat., CXV, Heft* 1).

Les hydrates de naphtylamine, et en particulier le tétrahydronaphtylamine β, injecté sous la peau du lapin et du chien, déterminent la dilatation de la pupille au bout de cinq minutes ; en même temps les vaisseaux de l'oreille se contractent, la fente palpébrale s'élargit et le globe oculaire fait une saillie prononcée.

Au bout d'un quart d'heure, l'animal devient très agité et sa respiration s'accélère. La température s'élève de 1° dans la première demi-heure, puis de 2° ; enfin l'animal peut présenter une température de 44°. Une dose de 0gr,075 de ce poison amène la mort chez la plupart des lapins ; mais quelques-uns supportent bien l'injection et se remettent complètement.

La dilatation de la pupille ne serait pas la conséquence de la paralysie

du sphincter ; elle serait provoquée par l'excitation du dilatateur irien. La constriction des vaisseaux de l'oreille dépendrait de la suractivité des vaso-constricteurs et non de la paralysie des vaso-dilatateurs.

Au moyen de l'appareil de Ch. Richet, Stern détermina la production et la perte de calorique causées par l'injection du poison : l'*élévation de chaleur* résulte d'une production plus notable et d'un rayonnement moindre de calorique.

Des injections hypodermiques de $0^{gr},075$ à $0^{gr},1$ occasionnent chez l'homme de la somnolence, des vertiges et de la céphalalgie ; la dilatation de la pupille est plus constante à la suite de l'application locale de la solution. ED. RETTERER.

Die physiologischen Wirkungen der Paraxanthins, par Georg SALOMON (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIII, p.* 187).

Les expériences furent faites surtout sur des grenouilles. La dose toxique pour ces animaux est de 0,15 à 0,20 par kilogramme du poids du corps quand elle est administrée en injection sous-cutanée. Introduite par la bouche, il faut une dose plus forte de substance pour amener la mort. Cela tient à ce que la paraxanthine est donnée à l'état solide, parce que les cristaux sont à peu près insolubles. Comme la xanthine, la théobromine et la caféine, elle a une action à la fois sur le système nerveux central et sur les muscles. Son action sur les muscles se produit quand elle est appliquée localement. Leur excitabilité est amoindrie et finalement disparaît complètement. Les muscles deviennent durs ; mais la rigidité complète des muscles n'a jamais lieu durant la vie. L'action sur le système nerveux consiste dans l'abolition des réflexes.

L'action de toutes ces substances est identique. Toutes produisent les mêmes contractions. La disparition de toute activité musculaire spontanée et la complète abolition des réflexes sont un effet préliminaire. Le cœur reste intact. La respiration est également modifiée par la théobromine et la paraxanthine. Elle est d'abord précipitée, puis ralentie. Après la mort les poumons sont complètement distendus.

Un petit nombre d'expériences sur des animaux à sang chaud (souris) ont donné les résultats suivants : parésie des extrémités, accroissement de l'activité réflexe, production de tétanos, contracture ; la mort arriva en opistothonos.

La dose du poison doit être deux fois plus forte que pour les grenouilles pour agir dans le même temps. E. H.

Zur Frage über die Localisation der wärmeregulirenden Centren... (Sur la localisation cérébrale des centres régulateurs de la thermogénèse et sur l'action de l'antipyrine sur l'organisme), par J. SAWADOWSKI (*Centralbl. f. med. Wiss., p.* 145, 161 *et* 178 ; 1888).

Chez le chien, l'antipyrine à la dose de $0^{gr},018$ à $0^{gr},3$ par kilogramme d'animal produit une accélération des battements du cœur, due à l'excitation des ganglions excito-moteurs intracardiaques, et une hausse de la pression artérielle qui n'est qu'une conséquence de l'augmentation du travail du cœur. Ces phénomènes se montrent en effet encore après section des pneumo-gastriques, après section en travers de la moelle

cervicale au niveau de l'atlas, après destruction des centres vaso-moteurs, ou après section des splanchniques. L'expérience réussit également sur le cœur du chien isolé par la méthode de Pawlow.

Même à dose forte, l'antipyrine n'altère pas l'hémoglobine et n'exerce pas d'influence sur la disparition intra-vasculaire de l'oxygène du sang.

Les globules rouges ne sont attaqués que si le sang contient au moins 2 0/0 d'antipyrine. L'excrétion d'azote ne fut pas modifiée dans une série d'expériences; dans une autre série, elle fut manifestement diminuée. Elle diminue également sous l'influence de l'antipyrine chez les animaux fébricitants. L'antipyrine n'agit défavorablement sur les phénomènes de putréfaction et de fermentation qu'à partir de la dose de 2 0/0; elle les arrête à la dose de 4 ou 5 0/0.

Aux doses thérapeutiques, l'antipyrine n'a pas d'action sur la digestion ni sur la sécrétion stomacale.

De petites doses d'antipyrine agissent chez le chien comme calmant; les doses toxiques produisent des convulsions chez le chien, une exagération, puis une suppression des réflexes chez la grenouille. Il peut y avoir aussi augmentation de la sécrétion salivaire et souvent vomissement. Tous ces phénomènes doivent être rapportés à une action sur le système nerveux central, car l'antipyrine n'a pas d'action sur les nerfs périphériques.

L'auteur s'est principalement attaché à étudier l'influence de l'antipyrine sur la température et la thermogénèse.

L'antipyrine abaisse la température interne, que l'animal soit abandonné à l'air ou qu'il soit enveloppé d'ouate ou placé dans un appareil chauffé à 30 ou 31° C. Ordinairement, il y a dilatation des vaisseaux du tégument et élévation de la température de la peau. Mais la chute de température due à l'action de l'antipyrine paraît dépendre également d'une diminution de la thermogénèse, quoique l'antipyrine n'ait pas d'action directe sur les combustions interstitielles, qui se déroulent au sein même des tissus. C'est par l'intermédiaire du système nerveux central, probablement par l'intermédiaire d'un centre de thermogénèse situé dans la partie postérieure des corps striés, que l'antipyrine agirait pour modifier la production de chaleur. Le centre, pour les vaisseaux de la peau, par le moyen duquel l'antipyrine agirait sur la déperdition de chaleur serait situé dans la partie antérieure des corps striés. L'auteur considère les substances putrides injectées dans les vaisseaux comme ayant une action diamétralement opposée à celle de l'antipyrine. Le point d'attaque serait de même situé dans les corps striés. Nous renvoyons à l'original pour le détail des opérations consistant essentiellement à sectionner le système nerveux central à différents niveaux avant l'injection d'antipyrine ou de substance putride. LÉON FREDERICQ.

Ricerche sperimentali sull' azione biologica dell' antisepsina o paramonobromoacetanilide, par V. CHIRONE (*Il Morgagni, janvier, avril et mai* 1889).

Après avoir étudié l'action physiologique de l'antisepsine sur les animaux (Voir *R. S. M.*, XXXII, p. 474), Chirone étudie son action sur les ferments et les microbes : cette substance n'empêche ni ne retarde la fermentation cyanhydrique, ni l'action de la diastase salivaire, elle active l'action de la pepsine; administrée par l'estomac, elle active la

digestion stomacale; en solution au 1,500e, elle empêche le développement du mycoderma aceti; au 3,000e, celui de l'oïdium lactis, du bacille du charbon; au 1,000e, celui du bacille virgule, du staphylococcus, de l'érysipèle des bêtes à cornes et du streptococcus albus.

Les modifications des fonctions spinales et bulbaires observées chez les animaux sont dues à une action directe du médicament sur les centres récepteurs cérébro-bulbaires. L'élévation de la pression sanguine, qui est plus considérable que l'augmentation de la pression cardiaque, l'augmentation du nombre des systoles cardiaques, sont dues à une action sur le nerf pneumogastrique, analogue à celle de l'atropine, mais d'une intensité bien moindre; tout en paralysant l'innervation modératrice tant extrinsèque qu'intrinsèque, l'antisepsine excite simultanément l'innervation excitatrice. La dilatation vasculaire périphérique ne dépend pas de la paralysie des nerfs constricteurs, mais de l'excitation des dilatateurs.

L'action hyperthermique des doses moyennes tient à la paralysie des centres cérébraux modérateurs de la thermogénèse; l'abaissement de la température produit par les doses toxiques est dû à l'altération du sang et à la paralysie progressive de la respiration. L'hémoglobinurie observée dans les expériences n'est pas due uniquement à l'action de l'antisepsine, mais aussi à celle de la glycérine employée comme véhicule; elle se rapproche beaucoup de celle produite par le froid ou par la quinine, mais s'en différencie en ce qu'elle ne s'accompagne pas d'une élévation, mais d'un abaissement de température, et elle est due à la destruction des globules du sang. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Wirkung von Methylenblau auf die Säugethiere (Action du bleu de méthyle sur les mammifères), par KOWALEWSKY (*Centralbl. f. med. Wiss., p.* 209; 1888).

Le bleu de méthyle (0gr,2 pour 100 c. c. d'eau salée), injecté en assez grande quantité (20 c. c. par exemple) dans les veines chez les jeunes mammifères, produit une élévation de la pression artérielle et un ralentissement des pulsations cardiaques peu marqués et tout à fait passagers.

Le bleu de méthyle disparaît très rapidement du sang. Une partie se retrouve dans l'urine, la bile, le suc gastrique, la salive, dont la sécrétion se trouve excitée. Une autre partie paraît se déposer en substance dans quelques organes internes, notamment dans le pancréas et l'hypophyse du cerveau, souvent aussi dans les ganglions lymphatiques, dans l'estomac, l'intestin, le foie, les reins, les glandes salivaires et quelques muscles.

Plusieurs de ces organes, notamment les reins, les glandes sous-maxillaires et sublinguales ainsi que le cerveau, ne se colorent en bleu qu'après l'exposition à l'air, ou sous l'influence d'agents d'oxydation. Une partie de la matière colorante paraît donc réduite dans l'organisme à l'état de composé incolore. LÉON FREDERICQ.

Recherches physiologiques sur trois anilides, par Paul BINET (*Revue méd. de la Suisse romande, IX*, 187 *et* 263, *avril et mai* 1889).

La *formanilide* et la *méthylacétanilide* sont des corps cristallins, incolores, très solubles dans l'alcool, l'éther et l'eau chaude.

La *méthylformanilide* est un liquide légèrement ambré, doué d'une faible odeur empyreumatique, peu volatil, très soluble dans l'alcool, l'éther et l'eau, surtout à chaud.

Ces 3 anilides ont comme propriétés physiologiques communes : une action locale sur les éléments organiques, et particulièrement sur les muscles, dont elles paralysent les fonctions ; temporairement, si l'imbibition n'est pas trop prolongée ; définitivement, dans le cas contraire.

Chez les grenouilles, l'injection sous-cutanée produit une inertie motrice due à la fois à une paralysie des nerfs périphériques et à une torpeur des centres nerveux. La respiration est suspendue ; le cœur, simplement ralenti, tandis que l'imbibition directe le paralyse.

Chez les animaux à sang chaud, le sang s'altère ; il devient noir, asphyxique, par réduction de l'hémoglobine ; puis, sous l'influence d'une intoxication plus prolongée, il prend une teinte brun sale, caractéristique de la présence de la méthémoglobine, dont on peut constater au spectroscope la raie spéciale dans le rouge. Le nombre et la forme des hématies ne subissent pas de changement notable.

Les troubles de l'hématose et de la respiration sont les principales causes de la mort chez les animaux à sang chaud. L'abaissement de la température est constant et devient très considérable dans les périodes ultimes. La pression artérielle, l'énergie du cœur, l'excitabilité du nerf vague, sont peu modifiées.

On peut déceler dans les urines, par la réaction de l'indophénol, la présence du paramidophénol, qui résulte de l'oxydation des anilides dans l'organisme. L'urine réduit fréquemment la liqueur cupropotassique.

Les propriétés spéciales de ces corps concernent leur action sur le système nerveux central.

La formanilide et la méthylformanilide déterminent de la faiblesse, de l'inertie, une sorte de torpeur avec quelques frissonnements, de la salivation et de petites secousses musculaires, surtout pendant les phases avancées de l'intoxication. La méthylacétanilide provoque rapidement des crises de convulsions épileptiformes, avec cris, mâchonnement et salivation. Ces crises sont séparées par des intervalles de calme pendant lesquels l'animal est agité et mordille les objets à sa portée. Des mouvements incessants des membres, puis un collapsus final avec cyanose, terminent la scène, si la dose est mortelle.

La toxicité de ces corps croît avec leur poids moléculaire : la formanilide est le moins toxique, et le méthylacétanilide le plus dangereux.

L'introduction de ces corps dans la thérapeutique ne saurait être recommandée sans la plus extrême prudence. J. B.

Ueber die Wirkung der Carbolsäure auf die peripheren und centralen Nervenapparate (Effet de l'acide phénique sur les tissus nerveux), par LÖBKER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 11, *p.* 219 ; 1889).

L'auteur a voulu savoir si l'on pouvait faire sans inconvénient des injections d'acide phénique dans le traitement local des névralgies. Il a expérimenté sur la grenouille, le lapin et le chien.

L'acide phéniqne est un des rares agents chimiques qui détruisent l'excitabilité des nerfs sans l'avoir préalablement exaltée ; cela est vrai

pour les nerfs sensitifs et moteurs, et la rapidité du phénomène dépend de la concentration de la solution acide.

Mais sur les centres nerveux les solutions faibles ou fortes déterminent l'excitation. Quand on a mis à nu la moelle d'une grenouille, l'acide phénique appliqué produit d'abord des contractions fibrillaires des muscles et des convulsions, puis la paralysie. Même résultat sur le cerveau.

Les injections de solution phéniquée à 3 0/0 dans les gaines nerveuses du lapin et du chien n'abolissent pas les propriétés physiologiques d'une façon durable. On peut donc les employer chez l'homme, c'est un traitement efficace des névralgies. L. GALLIARD.

Creolin als Mittel zur Tödtung pathogener Mikroorganismen (Valeur antiseptique de la créoline), par HUNERMANN (*Deutsche militärärtzliche Zeitschrift, fasc.* 3, *p.* 111 ; 1889).

L'auteur a entrepris, à l'hôpital militaire d'Altona, une série d'expériences d'où il résulte que l'action de la créoline sur les organismes pathogènes est moins efficace que le prétend Eisenberg. En effet, à l'état pur, elle ne détruit pas les spores charbonneuses et, à l'état de solution, elle arrête seulement le développement des bactéridies et du staphylococcus pyogenes aureus. Tandis que la solution de créoline à 1 0/0 ne tue pas, même au bout d'une heure, une culture de staphylococcus pyogenes, et qu'il faut 4 heures de contact avec une solution à 3 0/0 pour obtenir ce résultat, il suffit de 8 secondes pour y arriver avec une solution phéniquée à 2 ou 3 0/0. Les spores du staphylococcus ne sont stérilisées qu'au bout de 10 minutes par une solution de créoline à 5 0/0. De même sur le streptococcus pyogenes la créoline à 2 0/0 est moins active que l'acide phénique au même titre. DE SANTI.

Beitrag zur Wirkung der Phenacetin (Action de la phénacétine), par L. HIRSCHFELLER (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLIV, p.* 434).

La phénacétine n'a pas d'action à noter. On peut en continuer longtemps l'usage sans inconvénient. Les doses doivent varier entre $0^{gr},3$ à 1 gramme, 3 ou 4 fois par jour. Comme substance antipyrétique, elle se recommande dans la fièvre aiguë ; elle provoque une sueur agréable et abaisse la température pendant 1 heure ou 2. Dans les fièvres chroniques, l'accoutumance se fait assez rapidement. Son emploi ne doit pas être recommandé dans le rhumatisme ; elle est utile dans toutes les névralgies de cause générale, en particulier les névralgies du trijumeau, dans le tabes. A. M.

Nouvelles recherches sur l'action de la saccharine, par Constantin PAUL (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 30 *juillet* 1889).

D'après des expériences de Marfan, la saccharine arrêterait le développement des cultures du bacterium termo et du staphylococcus pyogenes aureus ; elle aurait en outre une autre action sur les microbes de la bouche : elle leur enlèverait la propriété de fluidifier la gélatine ; il en résulterait qu'elle serait le meilleur des dentifrices. Comme son pouvoir antiseptique diminue par l'addition des alcalins, si l'on veut obtenir une action très énergique, elle doit être employée pure en poudre ; mais elle

agit assez contre le développement des microbes de la bouche en l'additionnant au bicarbonate de soude dans la proportion de 2 parties de ce sel pour 3 de saccharine. Si on veut en faire usage comme substance sucrante, on peut y joindre quantité égale de bicarbonate de soude, et l'on n'a pas à craindre le retard de la digestion et les maux d'estomac, dont se plaignent quelquefois certains diabétiques. OZENNE.

Recherches expérimentales sur l'action antiseptique des essences, par CADÉAC et A. MEUNIER (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *juin* 1889).

Les auteurs ont enduit d'une culture microbienne sur gélose l'extrémité d'un fil de platine passé à la flamme, puis ont plongé ce fil dans diverses essences pendant un temps variable ; ils ont ensuite ensemencé avec ces fils des tubes de gélose et les ont placés dans une étuve à 37°, où la goutte d'essence apportée par le fil, laquelle ne se mélange pas à la gélose, s'évapore bientôt. Ils ont étudié ainsi l'action de diverses essences sur le microbe de la fièvre typhoïde et sur celui de la morve, et ils arrivent à cette conclusion que l'action de chaque essence sur ces deux microbes est très analogue, que le pouvoir antiseptique varie d'une essence à l'autre, pour devenir avec quelques-unes sensiblement égal à celui des antiseptiques chimiques les plus employés (sublimé, iodoforme, sulfate de cuivre, etc.), et qu'il serait utile de rendre à un certain nombre d'entre elles, dans la matière médicale moderne, le rang qu'elles occupaient dans la thérapeutique des anciens. GEORGES THIBIERGE.

I. — Note sur l'essence de coriandre, par CADÉAC et Albin MEUNIER (*Lyon méd.*, 21 *juillet* 1889).

II. — Sur les propriétés physiologiques de l'essence d'absinthe, par LES MÊMES (*Ibid.*, 28 *juillet* 1889).

I. — L'essence de coriandre, à petites doses, provoque l'ivresse avec incoordination des mouvements et excitation générale surtout génésique.

Les doses toxiques suppriment l'excitation ; l'anesthésie et la résolution musculaire surviennent immédiatement. 70 centigrammes injectés dans la jugulaire tuent en 12 heures un chien de 4 kilos. En vapeurs, l'essence paraît moins toxique.

Comme antiseptique, l'essence de coriandre tue, en 3 jours, le microbe de la morve, en 70 heures celui de la fièvre typhoïde.

II. — L'essence d'absinthe, à la dose de 2 à 3 grammes, chez le chien (voie buccale), ne produit que de l'excitation vive et gaie ; à partir de 5 grammes, la dose devient toxique.

Chez l'homme, un gramme et demi ingéré à jeun ne produit que de l'excitation sans ivresse, sans dépression. A 2 grammes, mêmes phénomènes plus marqués.

En injection intra-veineuse, 20 centigrammes produisent chez le chien les mêmes effets que l'ingestion de 2 grammes ; 75 centigrammes deviennent une dose toxique.

Chez un cheval de 500 kilos, l'injection, dans la jugulaire, de 24 grammes en trois fois détermine de l'excitation, de l'ivresse, des secousses brusques avec tremblements dans le train postérieur et une sudation abondante.

L'injection sous-cutanée, dans un véhicule huileux, permet d'élever beaucoup les doses.

L'essence d'absinthe serait un sédatif de la respiration et de la circulation.

Comme antiseptique, elle tue, après un quart d'heure de contact, le staphylococcus aureus; après une demi-heure, le microbe de la septicémie; en quatre jours, celui de la morve; en six heures, celui de la fièvre typhoïde.

D'après C... et M..., les effets nuisibles de la liqueur d'absinthe seraient dus aux essences d'hysope, d'anis, de fenouil, de coriandre, etc. A. C.

Contribution à l'étude physiologique de l'essence d'anis, par CADÉAC et Albin MEUNIER (*Lyon méd.*, 11 *août* 1889).

L'essence d'anis, introduite dans les voies digestives, provoque d'abord de l'excitation, puis de la paresse musculaire, de l'analgésie, l'ivresse avec profond sommeil. 45 gouttes ont provoqué chez l'homme un sommeil de 12 heures.

Les secrétions sont augmentées; les muscles intestinaux se contractent; la secrétion urinaire n'est pas modifiée.

La circulation est modifiée; ascension du pouls, augmentation de l'énergie des systoles sans en changer le rythme. Il faut des doses assez élevées pour déterminer les accidents toxiques; 27 grammes chez un chien de 20 kilos; 1 gramme en injection dans la jugulaire, par 6 kilos de poids d'animal. Un lapin de 1,500 grammes n'est mort qu'au bout de 15 jours, après avoir pris 5 à 20 gouttes par jour (190 gouttes en tout).

D'après les auteurs, les propriétés nuisibles de la liqueur d'absinthe tiennent en grande partie à l'essence d'anis. A. C.

Untersuchungen über die Ausscheidung des subcutan-injicirten Morphium durch den Magen (Recherches sur l'élimination par l'estomac de la morphine administrée hypodermiquement), par Konrad ALT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 25, *p.* 560, 24 *juin* 1889).

Les expériences ont été faites sur des chiens. Voici les conclusions d'Alt :

1° Quand la morphine est administrée en injections sous-cutanées, l'élimination s'en fait par l'estomac ;

2° Cette élimination commence manifestement déjà au bout de deux minutes un quart, elle continue très distinctement pendant une demi-heure, puis devient très faible et cesse complètement au bout de cinquante ou soixante minutes;

3° Les envies de vomir, qui suivent les injections hypodermiques, ne se montrent que lorsque la morphine est déjà éliminée par l'estomac. On peut les empêcher en pratiquant des lavages de l'estomac ;

4° La quantité de morphine éliminée par l'estomac est très considérable; elle peut atteindre approximativement au moins la moitié du poison injecté;

5° Les lavages longtemps continués de l'estomac atténuent essentiellement la gravité des phénomènes d'empoisonnement, et l'on peut, de cette façon, faire tolérer sans danger aux animaux des doses sûrement

mortelles de morphine. Il en est de même quand la morphine a été administrée par le rectum.

Pour vérifier dans quelle mesure on pouvait appliquer ces conclusions à l'homme, Alt a fait à trois jeunes hommes sains une injection hypodermique de 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Immédiatement après, il a lavé leur estomac dans lequel il a pu déceler la présence du toxique. L'élimination se laissa reconnaître déjà au bout de deux minutes et demie (réaction iodico-chloroformée) ; elle continua visiblement pendant un peu plus d'une demi-heure et cessa complètement au bout d'une heure. Aucun de ces trois hommes n'a présenté de phénomènes d'empoisonnement. J. B.

Die tödtliche Nachwirkung des Chloroforms (L'influence mortelle du chloroforme sur les organes), par Fritz STRASSMANN (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXV*, *Heft* 1).

Le chloroforme, administré aux chiens pendant un espace de temps assez notable, produit la dégénérescence adipeuse des viscères et spécialement du foie et du cœur. Les reins sont en partie atteints d'une dégénérescence semblable.

Une série d'expériences faites sur les chiens ont montré à Strassmann que le chloroforme augmente l'élimination de l'azote dans la proportion d'un cinquième; cet effet persiste pendant deux jours, pour disparaître ensuite. Ce résultat établit qu'il s'agit d'un dédoublement des substances azotées, d'où résulte la dégénérescence adipeuse. On n'a donc nullement affaire à une simple infiltration de gouttes de graisse.

En prolongeant l'administration du chloroforme sur les chiens, on voit disparaître la narcose, mais ils meurent dans la suite. En examinant l'état du cœur, on trouve les fibres musculaires profondément dégénérées, ce qui semble indiquer que c'est là la cause de la mort. Cependant dans les cas non mortels, les animaux se rétablissent complètement en peu de semaines sans qu'il reste trace de la dégénérescence. La privation d'aliments, les pertes de sang et toutes les conditions débilitantes favorisent le processus de la dégénérescence. Cependant les injections préalables de morphine, en diminuant les quantités de chloroforme nécessaires à la narcose, amoindrissent les effets consécutifs du chloroforme. ED. RETTERER.

Ueber den Einfluss des Chloroforms... (Influence du chloroforme sur les actions protoplasmiques), par A. P. FOKKER (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 418, 1888).

On sait que le chloroforme empêche le développement des organismes inférieurs, mais n'a pas d'action sur les ferments solubles non figurés. Fokker a constaté que le chloroforme n'empêche pas non plus la transformation de l'amidon en sucre au contact du sang, ou l'acidification des solutions sucrées, au contact de fragments de tissu hépatique. Il donne le nom *d'actions protoplasmatiques* à ces changements chimiques provoqués d'après lui au contact du protoplasme du sang, du foie, etc.

L. FREDERICQ.

I. — Le chloroforme et le chlorure de méthylène, par J. REGNAULD (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 23 *avril* 1889).

II. — Sur les propriétés anesthésiques du chloroforme méthylique ou prétendu chlorure de méthylène, par POLAILLON (*Ibid.*, 25 *juin* 1889).

I. — J. Regnauld rappelle que des recherches précédentes, communiquées l'année dernière à l'Académie, lui ont prouvé que le prétendu chlorure de méthylène, usité en Angleterre pour obtenir l'anesthésie, n'était qu'une solution mixte de chloroforme et d'alcool méthylique. D'après l'analyse récente de ce pseudo-méthylène, qui aurait été modifié, Regnauld aurait trouvé que c'est un mélange de 4 volumes de chloroforme et de 1 volume d'alcool méthylique ; de nouveaux essais sont encore nécessaires pour juger cet agent anesthésique. Quant au véritable chlorure de méthylène CH^2CL^2, qui peut se conserver indéfiniment à l'état de pureté, les essais, que l'auteur en a fait sur les animaux, commandent la plus extrême réserve.

II.—Polaillon donne le résumé de vingt-sept observations d'anesthésie avec le chloroforme méthylique de Regnauld. Dans 17 cas, il a été employé chez des femmes ; 15 fois l'anesthésie a été complète et suffisante pour des opérations de 45 minutes à une heure 20 minutes de durée. Pour obtenir l'anesthésie, il a fallu un temps variable entre 7 et 25 minutes : chez 5 malades il y a eu des vomissements ; le réveil a été facile et il y a eu peu de malaise consécutif.

Chez les hommes il n'a déterminé l'anesthésie complète que 4 fois sur 10, bien que la chloroformisation ait été prolongée pendant 20, 25 et 35 minutes. Dans un cas à la 23e minute il y a eu des accidents d'asphyxie qui ont obligé à faire la trachéotomie ; une fois l'un des malades bien endormi a eu des vomissements à son réveil. De ces faits il résulte que le chloroforme méthylique a quelquefois l'inconvénient d'agir trop lentement, et qu'il n'est pas exempt de dangers, puisque dans un cas un commencement d'asphyxie s'est montré ; toutefois, s'il est inférieur au chloroforme ordinaire pour l'anesthésie des hommes, il lui paraît supérieur pour anesthésier les femmes.

Pour éviter les inconvénients du chloroforme, Le Fort se sert depuis 6 ans du méthylène, dont les effets sont différents de ceux obtenus avec le chloroforme de Regnauld. Il le fait administrer avec l'appareil de Junker qui présente les avantages de n'envoyer que de l'air modérément chargé de vapeurs anesthésiques, de ne consommer qu'une petite quantité de liquide et de permettre de graduer l'arrivée de l'anesthésique. Il en a étudié les effets comparativement avec le chloroforme sur 91 malades, dont 33 endormis par le méthylène et 58 par le chloroforme.

Il résulte que le méthylène paraît agir moins vite que le chloroforme, qu'il provoque moins d'agitation et surtout qu'il donne lieu bien moins souvent aux vomissements, ainsi que le montrent les chiffres qu'il cite. Quant au liquide préparé par Regnauld, le même dont s'est servi Polaillon, Le Fort l'a employé 7 fois et a observé des vomissements, de l'agitation et des plaintes. Il estime donc que jusqu'à ce jour le méthylène anglais, dont il ignore la composition, doit être préféré à tout autre agent anesthésique.

OZENNE.

Note sur quelques-uns des symptômes de l'intoxication arsenicale aiguë et chronique, sur les modes et la durée de l'élimination, hors du corps humain, de l'arsenic et de ses composés, par BROUARDEL et G. POUCHET; discussion (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2 *juillet* 1889).

Dans l'étude des intoxications arsenicales récentes d'Hyères et du Havre, Brouardel et Pouchet ont relevé les phénomènes suivants : L'intoxication s'est caractérisée d'abord par les troubles gastriques qui, tout en étant constants, ont varié depuis un simple embarras jusqu'à des accidents fébriles, avec vomissements indolents et constipation ou diarrhée; puis un catarrhe laryngo-bronchique, avec coryza plus ou moins intense, et bientôt après des éruptions cutanées diverses.

Comme troubles de la sensibilité on a noté de la céphalalgie, de l'engourdissement avec crampes des membres inférieurs et une diminution de la sensibilité généralisée aux quatre membres. Aucune altération des sensibilités spéciales; anaphrodisie constante. Comme accidents de la mobilité c'est de l'affaiblissement puis de la parésie et de la paralysie, observée d'abord sur les membres abdominaux et plus tard, quoique non constamment, sur les membres thoraciques. La contractilité faradique a été en partie abolie, ce qui n'existait pas pour la contractilité galvanique; les réflexes tendineux étaient éteints, les réflexes cutanés seulement diminués.

Les auteurs rappellent ensuite que les résultats fournis par l'expérimentation sur les animaux, au sujet de la répartition de l'arsenic dans le corps, ont été confirmés par les recherches qu'ils ont faites sur les empoisonnés du Havre. Ils ont constaté la présence du poison dans les os du crâne, les vertèbres, la peau, les cheveux et les ongles; mais, alors qu'on n'en trouve plus dans les viscères, il en existe encore dans le tissu spongieux des os, où il reste accumulé et fixé. OZENNE.

Ueber Arsenlaehmungen (Sur les paralysies arsenicales), par Ludolf KREHL (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *XLIV*, *p.* 325).

L'auteur rapporte trois observations intéressantes de paralysie arsenicale.

Un jeune homme de 23 ans prend deux fois par jour deux gouttes de la solution arsenicale de Fowler étendue d'une quantité égale d'eau distillée; tous les trois jours, la dose est élevée de trois gouttes. Après absorption de $31^{gr},35$ de liqueur ($0^{gr},31$ d'acide arsénieux) diarrhée et coryza. Après $69^{gr},6$ ($0^{gr},696$ d'acide arsénieux) grande faiblesse; on abaisse la dose quotidienne (90 gouttes) de trois gouttes tous les trois jours.

Après absorption de $112^{gr},35$ fourmillements, tremblements dans les mains, les pieds, frissons de tout le corps. On diminue de trois gouttes par jour. Quatre jours plus tard vertiges, marche impossible, douleurs violentes dans les mollets; faiblesse générale considérable. Amaigrissement général marqué. Faiblesse des membres et des articulations. Peau brune, sèche, desquamant. Nystagmus léger. Amaigrissement marqué des bras, peau lâche, muscles minces et faibles; atrophie des muscles de l'avant-bras, des éminences thénar et hypothénar, des interosseux; fléchisseurs d'une façon générale mieux conservés que les extenseurs. Les mouvements des doigts sont particulièrement atteints. Membres inférieurs, musculature affaiblie, masses musculaires amaigries; nerf péronier douloureux à la pression au niveau de la tête du péroné des deux côtés. Coordination normale. Absence

des réflexes tendineux. Douleurs vives, élancements et fourmillements; sensibilité au contact disparue aux orteils et sur le dos du pied. Sensibilité à la douleur conservée. Station debout impossible. Réaction de dégénérescence partielle aux avant-bras, aux mains, aux cuisses, complète aux jambes. Amélioration marquée quelques mois après.

Les deux autres cas, assez analogues au précédent, sont rapportés sans grand détail. Dans le premier, une jeune fille de 19 ans, vomissements pendant neuf jours, puis début des phénomènes d'atrophie musculaire, d'amaigrissement et de douleurs. Dans le second, un homme de 54 ans a des vomissements pendant deux jours; quelques jours plus tard, fourmillements dans les extrémités, affaiblissement, douleurs intenses dans les membres; atrophie, amaigrissement, station debout impossible, maladresse des mains. Absence des réflexes tendineux. Phénomènes d'ataxie. A. MATHIEU.

De l'intoxication oxycarbonée, par G. LINOSSIER (*Lyon méd.*, 14 *juillet* 1889).

D'un certain nombre d'expériences faites sur des grenouilles, escargots, chiens, et comparées à l'action de l'oxyde de carbone sur la germination, Linossier conclut que ce gaz a une action toxique propre indépendante de son action anoxhémiante, mais que cette action est faible.

A. C.

Un cas d'empoisonnement par le charbon, avec paralysie du trijumeau, par C. BORSARI (*La Riforma medica*, 8 *mars* 1889).

Homme de 55 ans, pris de lipothymie sans perte de connaissance pendant qu'il travaillait dans une pièce fermée et humide où brûlait du charbon dans un brasier; les jours suivants, céphalalgie, quelques vertiges; le premier jour, on avait remarqué que l'œil droit était un peu rouge, pleurait et était moins largement ouvert que le gauche; pendant un mois environ, anesthésie du côté droit de la face dans toute la zone de distribution du trijumeau à l'exception de la région de l'angle de la mâchoire et de la région massétérine, accompagnée pendant quelques jours seulement de modifications de la sensibilité thermique de la muqueuse buccale; pas de paralysie du masséter ni du buccinateur, légère parésie de la convergence des globes oculaires; quelques vertiges passagers lorsque le malade se lève; pas d'autres troubles nerveux. GEORGES THIBIERGE.

Ueber den Icterus bei der acuten Phosphorvergiftung (De l'ictère dans l'empoisonnement aigu par le phosphore), par E. STADELMANN (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, *XXIV*, *p.* 270).

Les divers stades que l'on observe dans la sécrétion biliaire pendant l'empoisonnement par la toluylènediamine se rencontrent également dans l'empoisonnement par le phosphore.

C'est ainsi que, chez un chien à fistule biliaire, on observe, tout d'abord, une période d'augmentation de la sécrétion accompagnée d'une augmentation du pigment et d'une diminution des acides biliaires. Puis, après une période où la bile est à peu près normale, on constate une diminution simultanée de la quantité de bile, des pigments et des acides biliaires; la diminution des acides peut même devenir très considérable (1/34).

En cas de convalescence la disparition de l'ictère s'accompagne (troisième période) d'un accroissement considérable de la bile et de ses éléments.

La première de ces trois périodes paraît formellement due à une irritation du foie, le phosphore ne dissolvant nullement les globules rouges.

L'ictère phosphorique se produisant même chez les chiens à fistule biliaire, où l'évacuation de la bile se fait d'une façon constante, ne peut pas être attribué, dans le phosphorisme aigu, à une oblitération du canal cholédoque, ni exclusivement à la consistance visqueuse de la bile. Stadelmann tend à invoquer, comme cause de l'ictère, la rétention des pigments que le foie continue à fabriquer et qui en raison, soit de la pression exercée par les cellules hépatiques grossies, soit d'hypertrophie interstitielle, ne peuvent s'écouler. WINTER.

Du cocaïnisme. Contribution à l'étude des folies toxiques..., par SAURY (*Tribune médic.*, 24 *mars* 1889).

Saury rapporte trois observations qui démontrent qu'il existe un délire spécial d'origine cocaïnique, occupant une place importante dans le groupe des folies toxiques. C'est un délire essentiellement hallucinatoire ; le trouble des idées n'est jamais primitif; il se greffe constamment sur les troubles sensoriels (illusions et hallucinations). Tous les sens peuvent être affectés, mais ils le sont d'une manière inégale. Les troubles de la sensibilité générale accusent une prédominance marquée; après eux, viennent les hallucinations de la vue, puis celles de l'ouïe, de l'odorat et du goût.

Les troubles sensoriels sont pénibles, multiples et mobiles. Les phénomènes délirants s'accompagnent de désordres variés de la sensibilité périphérique et de la motricité. OZENNE.

Ueber die Fleischvergiftungen in Frankenhausen und den Erreger derselben (Sur les empoisonnements par la viande à Fr. et sur la nature de la substance qui les a produits), par GAERTNER (*Breslauer ärztl. Zeitschr.*, *n*os 21-24, 1888).

Dans une propriété de Frankenhausen, une vache présentait une diarrhée intense; elle fut abattue. On constata seulement un peu de rougeur de l'intestin grêle. La viande fut livrée à la consommation.

Un ouvrier mangea 800 grammes de cette viande crue, et deux heures après il avait des vomissements et de la diarrhée. Il succombait trente-six heures après. A l'autopsie on constata de la rougeur de l'intestin grêle et du gonflement de l'appareil folliculaire. Le sang était noir comme du goudron. — Douze autres personnes furent malades dans l'espace de cinq jours; elles avaient également mangé de la viande crue. Trente-six autres qui avaient mangé de la viande bouillie et de la soupe faite avec cette viande, furent également malades. Les phénomènes étaient en proportion de la quantité de viande absorbée : catarrhe gastrique et intestinal, et dans les cas graves, abattement prononcé et insomnie. Dans les cas légers, la convalescence fut rapide; dans les cas moyens elle se montra au bout de deux semaines, et de quatre semaines dans les cas graves.

Chez presque toutes les personnes gravement atteintes, il se fit une desquamation générale de la peau. On n'observa pas de troubles de la vue.

Gärtner a trouvé une espèce particulière de bactéries, dans la viande en question et dans la rate de l'ouvrier qui avait succombé. Il s'agissait de petits bâtonnets, courts et mobiles, qui se cultivent dans la gélatine,

et les autres milieux, et se colorent par l'aniline. Ils ne se colorent pas par la méthode de Gram.

Ce bacille est appelé *bacillus enteritidis* par l'auteur. Injecté sous la peau ou dans le péritoine à des souris, des lapins et des cobayes, il donna lieu à de l'entérite. Les résultats furent négatifs avec des chiens, un chat, un coq et un moineau. Ce bacille fabrique des produits toxiques qui résistent à l'ébullition. Les lésions étaient les mêmes chez les animaux mis en expérience que chez l'ouvrier autopsié. A. MATHIEU.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — Effets du sulfonal, par MATTHES (*Med. chir. Centralb.*, *n°* 17, 1889).
II. — *Idem*, **par SHICK** (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, *janvier* 1889).
III. — *Idem*, **par BURNETT** (*N. York med. journ.*, 2 *mars* 1889).
IV. — *Idem*, **par SCHWALBE** (*Therap. Gazette*, *p.* 830, *décembre* 1888).

I. — Matthes a administré le sulfonal à 25 malades et à 2 sujets bien portants souffrant d'insomnie de cause variée (phtisie, névralgie, etc...). Dose de 1 à 2 grammes ayant amené un sommeil de 6 heures chez la moitié des malades (49 0/0), un effet hypnotique marqué, sommeil moins long, chez 18 0/0; résultat incomplet, 11 0/0; aucun résultat, 22 0/0.

Matthes regarde le sulfonal comme un agent précieux, quoique incertain dans ses effets en raison de l'absence d'odeur, de saveur, de l'absence presque constante de symptômes secondaires. Il recommande de donner de petites doses, 1 gramme et une heure avant le coucher, l'effet étant lent à se produire. Le sulfonal ne calme pas la toux des phtisiques.

II. — Shick trouve que le sulfonal n'affecte pas l'irritabilité des nerfs moteurs; laisse intacte la sensibilité sensorielle. Le pouls est quelquefois accéléré; la tension artérielle, après une chute passagère, est considérablement augmentée.

III. — Burnett a eu, après ingestion de 1gr,50, un sommeil de 11 heures, mais au réveil, il avait de la nausée, de la faiblesse musculaire et de l'incoordination des membres. C'est un bon hypnotique contre la manie, mauvais dans la mélancolie, surtout s'il y a dépression marquée.

IV. — Schwalbe a essayé le sulfonal dans 50 cas d'affections très diverses; il a obtenu le sommeil dans 66 0/0 de ces cas. Dans les affections nerveuses 90 0/0 des malades ont été soulagés. A. C.

I. — Ueber Sulfonal, par ZERNER (*Wiener med. Wochen.*, *n°* 45, 1888).
II. — Some experiences with sulfonal, par REXFORD (*New York med. record*, *p.* 348, 30 *mars* 1889).
III. — Clinical report on sulfonal, par Elon CARPENTER (*Ibidem*, *p.* 239, 2 *mars* 1889).

I. — Pour Zerner le sulfonal est un médicament qui, dans la plupart des

cas, peut exciter le besoin de sommeil, lorsque celui-ci diminue ou fait défaut; à cause de son innocuité absolue, il doit être préféré à tous les autres hypnotiques. BARTH.

II. — Rexford tient à montrer que le sulfonal répond à certaines maladies, notamment à l'insomnie due aux affections du système nerveux.

Par contre, dans un cas de pneumonie avec insomnie persistante et rebelle, dix grains déterminèrent un profond sommeil de 24 heures pendant lequel on eut toutes les peines à nourrir le malade. Un tel effet pour une si faible dose peut faire prévoir les résultats qu'auront produit une quantité plus considérable.

Dans un cas de métrite chronique, 15 grains procurent le sommeil pendant quelques jours, on donne alors une même dose quatre heures après la première le sommeil est produit ; au réveil vertige, impossibilité de tenir la tête droite le malade ne peut marcher sans aide. Il se produit de l'intolérance gastrique, vomissements pendant plusieurs heures. Le cœur est ordinairement faible.

III. — Depuis décembre 1888, l'auteur emploie le sulfonal dans l'insomnie des déments de l'hôpital de Long-Island.

Il cite des cas particulièrement rebelles de manie, mélancolie, hystérie, manie puerpérale, épilepsie, paralysie générale où le médicament assura le repos réparateur de la nuit et un sommeil calme et prolongé. Dans certains cas où l'usage fut longtemps prolongé, on nota un certain retentissement sur les fonctions de la peau et des reins, quelques nausées, parfois des vomissements; ces derniers phénomènes se montrèrent seulement chez les épileptiques. P. DUFLOCQ.

A clinical study of paraldehyde and sulphonal, par C. M. MAY (*The americ. journ., of the med. sciences, p.* 34, *juillet* 1889).

La paraldéhyde s'emploie comme hypnotique lorsqu'il y a besoin de l'administrer d'une façon continue, dans les affections mentales, dans les insomnies dues à des affections aiguës ou chroniques; lorsque la douleur, la dyspnée, la fièvre sont cause d'insomnie, c'est au sulphonal qu'il faut avoir recours. Il est contre-indiqué dans les cas accompagnés de dépression cérébrale, chez les mélancoliques, tandis qu'au contraire il faut le préférer à la paraldéhyde dans le cas de manie aiguë par exemple. L'épuisement de l'organisme est une contre indication au sulphonal.

Les accidents qui se sont produits démontrent que le sulphonal est un médicament dangereux qu'il faut manier avec prudence et ne l'administrer au début que par de très petites doses, quelques malades étant d'une très grande sensibilité à son égard. Les effets qu'il produit ne sont pas toujours en rapport avec la dose administrée. F. VERCHÈRE.

Action thérapeutique de l'antipyrine dans la glycosurie, par PANAS (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 9 *avril* 1889).

Panas a expérimenté l'antipyrine dans le traitement du diabète lié à la cataracte.

Chez un premier malade atteint de cataracte sclérosique bilatérale et diabétique depuis deux ans, un traitement rigoureux fit tomber la quantité de

sucre, formé en vingt-quatre heures, de 49 à 15 grammes. Malgré l'adjonction des alcalins et l'iodure de sodium, ce dernier chiffre ne se modifiant pas, on pratiqua quand même l'opération sur l'œil gauche, qui, grâce aux précautions antiseptiques, fut très rapidement guéri. Deux ans plus tard, la guérison était restée parfaite; la même opération eut alors lieu avec succès sur l'œil droit, après que le malade, qui rendait en vingt-quatre heures 55 grammes, eut été soumis à l'antipyrine, laquelle amena la disparition complète du sucre.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de 73 ans, diabétique depuis six ans et atteinte d'une cataracte scléreuse complète de l'œil gauche, et non mûre de l'œil droit. 3 grammes d'antipyrine sont administrés pendant une douzaine de jours et déterminent une chute du sucre à 6 grammes. L'opération a lieu sans iridectomie et réussit parfaitement. Le traitement continué amène la disparition du sucre, qui reparaît à petites doses plus tard, l'antipyrine ayant été supprimée.

Il ressort de ces observations que ce médicament donné à la dose de 3 grammes par jour a une action antiglycogène efficace et prompte, qui se continue, alors qu'on accorde aux malades une proportion modérée de féculents.

G. Sée l'a expérimenté sur un certain nombre de diabétiques, dont dix-huit ont été soigneusement suivis. Il en est résulté : chez les diabétiques à glycosurie de 80 à 100 grammes par litre, la guérison souvent complète, souvent définitive de tous les accidents, même en continuant une alimentation composée de viandes, graisse et féculents. Chez les diabétiques amaigris, fortement glycosuriques et phtisiques, les effets ont été nuls.

A. Robin donne la relation de quatre diabétiques, auxquels il a administré l'antipyrine. Dans ces cas, elle n'a pas guéri le diabète, mais elle a eu une action suspensive des plus marquées sur les accidents principaux.

La dose de 3 grammes ne doit guère être dépassée et on la réduira à 2, s'il y a de l'albumine. OZENNE.

Naphthalin und Typhus, par E. SEHRWALD (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 19, *p.* 413, *n°* 20, *p.* 447; *n°* 21, *p.* 466, *et n°* 22, *p.* 493, 13, 20, 27 *mai et* 3 *juin* 1889).

Sehrwald conclut de ses expériences :

1° La naphtaline en poudre, à la température ordinaire, n'entrave que faiblement le développement des micro-organismes de la putréfaction, des matières fécales et de la fièvre typhoïde;

2° On accroît son action désinfectante, en augmentant la surface sur laquelle elle est répandue, ou en agitant d'une façon continue les liquides qui la contiennent;

3° A la température du corps, l'influence de la naphtaline sur toutes les bactéries nommées ci-dessus est beaucoup plus considérable; aussi est-il infiniment vraisemblable que c'est surtout sous forme de gaz que la naphtaline est germicide.

4° En sa qualité de désinfectant gazeux, elle agit plus énergiquement, dans les liquides, sur les espèces aérobies que sur les anaérobies. Pour la même raison, elle attaque plus vigoureusement les germes qui végètent sur un sol nourricier solide, que ceux qui vivent dans les liquides.

5° Dans l'intestin, les conditions d'action de la naphtaline sont bien plus favorables que dans les tubes à expérience. En effet, d'un côté, la

chaleur animale provoque sa vaporisation, d'autre part les mouvements péristaltiques, en maintenant constamment en mouvement le contenu fluide de l'intestin, en amènent incessamment de nouvelles portions au contact des vapeurs de naphtaline.

6° La naphtaline ajoutée, hors du corps, à des matières fécales en diminue de moitié environ la teneur en micro-organismes. Quand on l'administre à l'intérieur, elle commence tout d'abord par réduire au tiers ou au quart la proportion des germes contenus dans les matières fécales. Ensuite ce chiffre remonte graduellement, ce qui s'explique par la végétation luxuriante d'autres germes résistant à l'action de la naphtaline.

7° La naphtaline a des effets encore beaucoup plus puissants sur les bactéries des selles typhoïdiques. Elle agit même sur les germes des selles typhoïdiques qui ont résisté à l'administration du calomel.

8° et 9° Il y a donc lieu de l'administrer au début de la fièvre typhoïde, en lui associant le calomel.

10° La naphtaline, introduite dans l'intestin, est en partie absorbée, transformée dans l'économie et éliminée par les urines. Les produits de transformation de la naphtaline qui se trouvent dans le sang et l'urine n'ont aucune action sur les germes typhoïdiques (*R. S. M.* XXVI, 521; XXVII, 497 et XXX, 506). J. B.

Naphtol β et benzoate de soude dans la fièvre typhoïde, benzoate de soude dans la diphtérie. Étude de thérapeutique clinique, par G. I. ROBIN (*Thèse de Bordeaux*, *n°* 23, 1888-89).

Dans ce travail, inspiré par Artigalas, l'auteur, admettant que les symptômes de la fièvre typhoïde sont dus à l'intoxication par les ptomaïnes élaborées dans l'intestin, administre la potion suivante :

Benzoate de soude	4
Naphtol β	3
Pour 160 grammes véhicule.	

A prendre en cinq fois dans la journée.

Dans un certain nombre d'observations, accompagnées de courbes thermiques, on voit cette médication déterminer un abaissement graduel et assez rapide de la température, un raccourcissement marqué de la durée de la maladie et une atténuation très prompte des symptômes.

Dans la diphtérie, Robin recommande des gargarismes et des pulvérisations fréquentes de la gorge avec une solution de benzoate de soude.

WILLIAM DUBREUILH.

Therapeutic value of phenacetine, par Thomas AYERS (*New York med. record*, *p.* 541, 18 *mai* 1889).

Comme antipyrétique le résultat est excellent.

La température commence à baisser au plus tard 20 minutes après la prise, le maximum se produit au bout de trois heures et dure de 4 à 6 heures. Dix grains suffisent pour amener une rémission de 3 degrés (Fahr).

Comme antinévralgique l'effet est supérieur à celui de l'antipyrine et plus durable.

Il faut donner de 15 à 20 grains et la névralgie disparaît en un temps

qui varie d'une demi-heure à une heure ; sinon donner une seconde dose qui est rarement nécessaire.

A. a ainsi guéri la migraine, les névralgies occipitale, faciale et intercostale. P. DUFLOCQ.

Experimentelle Prüfung des Preyer'schen Abkühlungsverfahrens (Expériences de contrôle de la méthode réfrigérante de Preyer et son application chez les fiévreux), par PLACZEK (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXV, Heft* 1).

Cette méthode consiste à pulvériser l'eau sur une grande surface. Il suffit de se servir d'une quantité d'eau de 250 à 500 gr. pour abaisser la température du lapin et du cobaye de 2 à 3° C. La température de l'eau employée variait de 7 à 16° C. Les animaux ainsi traités restaient pendant 3 à 4 heures sous l'influence de cet abaissement de température. Ils ne semblaient pas souffrir de ce traitement, malgré une respiration un peu plus active. Leur appétit se maintenait. Des essais faits sur l'homme sain et fébricitant donnèrent des résultats non moins satisfaisants. ED. RETTERER

Ueber die Wasserausscheidung des menschlichen Körpers durch Haut und Nieren bei thermisch-indifferenten Bädern (De l'élimination de l'eau chez l'homme par la peau et les reins sous l'influence des bains à température indifférente), par L. RIESS (*Arch. f. exper. Path. u. Pharmak., XXIV, p.* 65).

Les observations de Riess mettent en relief l'action des bains (28° R.) prolongés (24 à 72 heures) sur l'élimination des urines. La diminution des urines qui s'observe à la suite de semblables bains est vraiment remarquable. On constate en même temps une augmentation du chlore de l'eau du bain. Riess expose ces résultats sans toutefois en donner l'explication. Il admet comme effet principal du bain : l'accélération du cheminement vers l'extérieur du liquide contenu dans les canalicules de la peau, par le simple fait de l'humectation de la surface cutanée. Lorsque le corps est plongé dans l'air atmosphérique, l'écoulement de la sécrétion cutanée éprouve, à l'extrémité du conduit abducteur, une grande résistance en raison de la tension superficielle de la colonne liquide. La diminution des urines, pendant les jours qui suivent le bain, est difficile à expliquer. WINTER.

Le bain froid systématique dans la fièvre typhoïde, par JUHEL RÉNOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 *janvier* 1889).

Juhel a appliqué la médication balnéaire à 10 malades ; tous ont guéri et cependant l'un d'eux présentait des accidents graves, adynamie d'emblée, avec engouement pulmonaire, tachycardie excessive, etc., ce malade prit 177 bains. En tout il a fait administrer 500 bains sans avoir de complication pulmonaire, intestinale, rénale, etc. Josias sur 14 malades a eu 14 succès.

Labbé objecte que sans recourir à la balnéation il obtient un chiffre de mortalité qui reste inférieur à 5 0/0, chiffre qui est celui que donne Juhel Rénoy.

A l'observation que fait Gerin Roze sur la difficulté du diagnostic pré-

coce, Juhel répond que tous ses typhoïsants ont été mis au bain dès le six ou septième jour. H. L.

L'acide agaricique comme antisudorifique, par KLEMPERER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 23, *p.* 531, 10 *juin* 1889).

Schmiedeberg et Fleury ont retiré de l'agaricine un acide triatomique, bibasique, avec lequel Hofmeister (*Arch. f. experim. Path. und Pharm.*, XXV) a fait des expériences physiologiques. Les résultats de ces expériences ont engagé Klemperer à prescrire l'acide agaricique à beaucoup de tuberculeux ayant des sueurs profuses. Il l'administre vers six heures du soir à la dose d'une pilule de 1 centigramme; si l'effet est insuffisant, on peut arriver jusqu'à cinq pilules.

Dans la plupart des cas, ce médicament a donné d'excellents résultats et sans jamais provoquer de phénomènes accessoires désagréables.

J. B.

I. — Les injections intra-pulmonaires et les solutions de naphtol, par E. ARUCH (*La Medicina veterinaria di Milano*, *n°* 4, 1889).

II. — Des injections intra-pleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses, par FERNET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 *juillet* 1889).

I. — Les injections intra-pulmonaires telles qu'on les fait encore parfois chez l'homme donnent lieu, indépendamment de la quantité et de la qualité des liquides injectés, à des lésions traumatiques qui peuvent, en diminuant la résistance des tissus, activer la diffusion du processus infectieux ; lorsque ces injections produisent un résultat utile, il faut admettre que le liquide injecté dans les branches, dans les cavernes ou dans le tissu infiltré ou hépatisé ne détermine pas de semblables lésions. Les injections intrapulmonaires ne sont indiquées et utiles que dans certains cas (cavernes, gangrène, etc.). On peut éviter l'action chimique en employant des solutions salées ; les solutions de naphtol peuvent dans certains cas rendre des services parce qu'elles ne sont ni irritantes ni toxiques ; les solutions alcooliques sont les plus dangereuses. Les injections trachéales de solution de naphtol α peuvent être tentées chez l'homme et chez les animaux pour remplacer les injections intrapulmonaires dans le traitement de la tuberculose. G. THIBIERGE.

II. — Fernet rapporte d'abord trois observations de malades atteints de pleurésies, dans le premier cas accompagnée de symptômes généraux graves, dans les deux autres, survenues au début ou dans le cours de fièvre typhoïde; l'intensité et la persistance de la fièvre, le développement des phénomènes typhiques rendaient le pronostic grave, et pouvaient faire craindre la suppuration; des injections réitérées de sublimé, de 5 à 7gr,50, ont amené dans tous ces cas une terminaison favorable. Il rapporte d'autres cas où il y eut des résultats variés ; chez un diabétique atteint de gangrène pulmonaire il employa le sublimé et la pleurésie resta séreuse ; dans un cas de pleurésie récidivante la solution iodo-iodurée de Moizard amena la guérison. Dans un cas d'ascite liée à une tuberculose péritonéopleurale, deux injections iodo-iodurées sans alcool amenèrent une diminution rapide du liquide. H. LEROUX.

Injections intra-parenchymateuses de naphtol camphré dans a tuberculose pulmonaire, par FERNET (*Soc. de thérap.*, 15 *juillet* 1889).

41 injections ont été faites chez 4 malades, une à 2 fois par semaine, dans le premier ou deuxième espace intercostal, chaque injection contenait 15 centig. de naphtol camphré B.

La douleur est nulle ou peu prononcée, la toux, légère d'ordinaire, a été 7 fois assez violente et accompagnée une fois sur quatre de crachements de sang. Chez trois malades l'amélioration a été des plus notables, diminution des crachats, des signes physiques. A. CARTAZ.

De la lobéline dans la thérapeutique de l'asthme, par Silva NUNES (1er *Cong. brésil. de méd. Rio-de-Janeiro*, *septembre* 1888).

Nunes donne contre l'asthme la lobéline de préférence à la teinture de lobélie; la lobéline n'a pas d'effets toxiques ni vomitifs, et Nunes a pu l'administrer à la dose de 5 à 40 centigr. pour les adultes, de 1 à 5 centigr. pour les enfants avec grand succès. A. CARTAZ.

Therapeutische Wirkung einiger neuen Herzmittel (Action thérapeutique de quelques nouveaux médicaments cardiaques), par LEWASCHEW (*Zeitschrift für klinische Medicin, vol. XVI*, 38-56).

Les expériences de Lewaschew portent sur le sulfate de spartéine. En dehors de la diurèse produite par l'augmentation de la tension artérielle et la tonification du cœur, ce médicament aurait une action diurétique directe. Son efficacité serait d'ailleurs inférieure à celle de la digitale, de l'adonis, des strophantus. Cliniquement il ne réussit que dans les asystolies au début et qui ne sont pas encore accompagnées de dégénérescence de la fibre cardiaque. Si son action est assez faible elle est par contre assez prolongée et persiste trois à six jours après la suspension du médicament. De plus l'apparition de l'action est, quand elle doit se produire, fort rapide; elle se montre souvent un quart d'heure à peine après l'ingestion du médicament. Cette rapidité d'action fait de la spartéine un agent fort utile dans les asystolies brusques qui accompagnent les maladies infectieuses.

La dose active la plus faible est de 0gr,05 par jour, mais des doses de 0gr,10 à 0gr,30 ont un effet bien plus marqué et bien plus durable. Au delà de ces doses les effets favorables cessent d'augmenter et l'on voit souvent apparaître de la diarrhée et des vomissements. Les doses de 0 g. 10 à 0 g. 30 doivent aussi, pour éviter une irritation trop grande de l'appareil digestif, être données en trois ou quatre fois. A. F. PLICQUE.

Un nouveau médicament diurétique dans les maladies cardiaques, par Germain SÉE (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 11 *juin* 1889).

Germain Sée établit que l'action diurétique du lait est due à la lactose. De fortes doses de lait donnent lieu à certains inconvénients que l'on évite en n'employant que la lactose qui est un diurétique inoffensif. En en faisant ingérer 100 grammes, on obtient une polyurie considérable (2 à 4 litres d'urine). Inactive dans les hydropisies d'origine rénale, la lactose réussit toujours dans les hydropisies cardiaques, tant que le rein n'est pas dégénéré et tant qu'il y a peu d'albumine. Son ac-

tion est arrêtée par la diarrhée et les sueurs profuses. Comparée avec tous les autres diurétiques, la lactose n'en présente pas les dangers ; c'est le diurétique le plus puissant des affections du cœur.

OZENNE.

D'un nouveau mode de traitement curatif et prophylactique du choléra asiatique. Du bichlorure de mercure considéré comme vaccin chimique anticholérique, par YVERT (*Gaz. hebd. de méd. et de chir., novembre* 1888).

Yvert a traité les cholériques du Tonkin à l'aide de bichlorure de mercure administré à l'intérieur sous forme de liqueur de Van Swieten. Il a constaté qu'après l'ingestion d'une faible dose de médicament, la diarrhée diminuait notablement et que les selles prenaient une consistance demi-solide. Grâce à ce traitement, l'auteur a obtenu 36 guérisons sur 46 malades, dont 19 étaient atteints de choléra confirmé, 7 de choléra à marche insidieuse, 19 de diarrhée cholériforme, d'origine microbienne non douteuse.

Il a essayé également le sublimé comme vaccin chimique préventif du choléra asiatique, en donnant ce médicament comme prophylactique à doses modérées à des malades atteints de diarrhée, de dysenterie chronique, de maladies cachectisantes, malades qu'on pouvait regarder comme prédisposés tout particulièrement à contracter le choléra. — Grâce à l'application rigoureuse de ces principes il n'a pas eu un seul cas intérieur à l'hôpital de Nam-Dinh.

RICHARDIÈRE.

Étude sur le traitement de la chorée par l'antipyrine, par ARDEBER (*Thèse de Bordeaux, n°* 9, 1888-1889).

L'auteur rapporte 13 observations de chorée traitée par la méthode de Legroux. Ces cas de chorée dont quelques-uns très violents étaient consécutifs soit au rhumatisme aigu, soit et plus souvent à une frayeur et des mauvais traitements. L'antipyrine a été donnée à la dose de 3 gr. par jour et dans tous les cas la guérison a été obtenue en dix jours en moyenne. Il n'y a eu ni accidents, ni phénomènes d'intolérance d'aucune sorte.

Ueber die Wirkung des Karlsbader Wassers auf die Magenfunctionen (Action de l'eau de Carlsbad sur les fonctions stomacales), par Otto SANDBERG et EWALD (*Centralbl. f. med. Wiss., p.* 303 *et* 837, 1888).

Le Dr Jaworski a publié récemment une longue série d'expériences tendant à établir l'action éminemment nuisible que l'eau de Carlsbad exercerait selon lui sur la sécrétion du suc gastrique et la digestion stomacale.

Sandberg et Ewald arrivent au contraire à montrer que l'action physiologique de l'eau de Carlsbad est conforme à la réputation dont jouit cette eau dans le traitement des maladies de l'estomac. Son usage n'a produit chez aucun de leurs sujets en expérience une diminution soit de l'acidité du suc gastrique, soit de sa teneur en pepsine ou en ferment de la présure. Ils ont au contraire constaté en général une excitation manifeste de la sécrétion gastrique.

LÉON FREDERICQ.

Zur Behandlung des Erysipels... (Traitement de l'érysipèle d'après la méthode de Kraske-Riedel), par LAUENSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, n° 11, *p.* 209, 1889).

Le traitement de l'érysipèle par les scarifications suivies de lavages antiseptiques (*R. S. M.*, XXVIII, 669, et XXXI, 241) a donné de bons résultats à l'auteur. Voici un des cinq faits qu'il publie :

En pratiquant une opération, l'auteur se fit à l'index gauche une piqûre qui fut le point de départ d'un grave érysipèle : frissons, fièvre, 40°, délire ; malgré la pommade mercurielle et les compresses trempées dans le sublimé, l'érysipèle gagna la paroi du thorax, la température atteignit encore 40°. On donna au sujet du chloroforme et on pratiqua autour de la plaque érysipélateuse, sur une large zone de peau saine, un grand nombre d'incisions cruciales, puis on lotionna avec le sublimé. Le soir 39°,8; le second jour 38° le matin, 37°,9 le soir; puis apyrexie. A partir de ce moment, l'érysipèle pâlit et, tout en franchissant sur certains points la zone des incisions, ne tarda pas à guérir ; il y eut encore quelques petits abcès. L. GALLIARD.

On the treatment of certain cases of chronic uræmia by morphine, par Stephan MACKENZIE (*Brit. med. journ.*, *p.* 837, *avril* 1889).

Mackenzie rapporte deux faits d'urémie où, contrairement à l'opinion généralement admise, la morphine a été d'un grand secours.

1° Femme de 38 ans atteinte de mal de Bright chronique avec anasarque; ascite, œdème pulmonaire, rétinite double. Un soir, elle est prise d'un accès de dyspnée épouvantable (pouls 200 — Respir. 60) avec cyanose et mort imminente. Inefficacité du nitrite d'amyle, de l'alcool, de l'ammoniaque, de l'éther en injections. Seule, une piqûre de morphine calme l'attaque en quelques minutes. Depuis, pendant trois mois, presque journellement, cette femme recourut à ce moyen, sans que jamais elle en éprouvât aucun inconvénient.

2° Femme de 28 ans : néphrite interstitielle datant de quatre ans : hypertrophie ventriculaire, anasarque et ascite. Céphalée persistante, avec nausées, dyspnée, arythmie cardiaque. Comme dans le cas précédent, amélioration considérable sous l'influence de la morphine : morte d'un anthrax intercurrent.

L'auteur examine théoriquement la question et pense que la morphine agit en pareil cas en supprimant le spasme artériel bulbaire produit par le poison urémique. H. R.

I. — Cocaïne et variole, par LUTON (*Rev. gén. de cliniq. et de thérapeut.*, *p.* 60, 1889).

II. — Traitement de la variole et de la varioloïde par le chlorhydrate de cocaïne, par ORY (*Ibid.*, 28 *février* 1889).

I. — Luton a employé la cocaïne dans le traitement de la variole, à diverses périodes. Voici les résultats qu'il a obtenus : lorsqu'on administre la cocaïne dans la période d'invasion de la variole on peut obtenir très vite un abaissement considérable de la température. Parallèlement à la chute du thermomètre l'éruption s'arrête là ou elle en est sans marcher plus en avant. Si la cocaïne est employée à la période d'éruption, cette dernière fût-elle d'apparence confluente, elle présente dès lors une forme abortive, les boutons s'indurent ou deviennent cornés. Si on cesse l'emploi de la cocaïne, l'éruption reprend une marche incertaine en même temps que la fièvre reparaît, et elle suit toutes ses phases habi-

tuelles. — Luton formule 0gr,25 chlorhydrate de cocaïne par 24 heures, divisés en doses de 1 cent. environ chaque heure. Quand on se sert de la méthode hypodermique il faut faire chaque jour deux ou trois et même quatre injections de 0gr,025 chacune espacées régulièrement. Luton insiste sur ce fait que la cocaïne ne s'accumulant pas, une dose de 0gr,25 en 24 heures n'a rien d'exagéré quand elle est suffisamment divisée. Enfin il conseille de se laisser guider par la température pour tout ce qui concerne les détails du traitement. H. CH.

II. — Ory a obtenu des résultats aussi satisfaisants que l'indique Luton en employant cet agent dès le début de la variole.

Les phénomènes généraux, fièvre, agitation, ont été moins prononcés, la durée de l'évolution de la maladie a été moindre. A. C.

I. — Ueber die Motschutkowski'sche Suspensionsmethode, par Th. von OPENCHOWSKI (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 25, *p.* 570, 24 *juin* 1889).

II. — Ueber die Behandlung Tabischer mittelst Suspension, par M. BERNHARDT (*Ibidem*, *n°* 24, *p.* 539, 17 *juin* 1889).

III. — Zur Suspensionsbehandlung Tabeskranker, par BRUNS (de Hanovre), (*Ibidem*, *n°* 27, *p.* 628, 8 *juillet* 1889).

IV. — Suspension in the treatment of locomotor ataxia, par Ed. WAITZFELDER (*New York med. record*, *p.* 629, 8 *juin* 1889).

V. — Note sur le traitement de l'ataxie par la suspension, par MOUISSET (*Lyon méd.*, 11 *août* 1889).

I. — C'est en 1883 (*Wratsch*, n° 21) que J. von Motschutkowski a fait connaître son traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension. Il y a été conduit par l'observation de l'allongement qu'éprouve le corps chez les malades atteints du mal de Pott qu'on suspend pour leur appliquer le corset de Sayre. De plus, il s'est efforcé de vérifier, sur le cadavre, ce que devenaient la moelle, les méninges et les racines nerveuses durant la suspension. Il a constaté qu'alors, d'horizontales les racines nerveuses tendent à devenir verticales et que le rachis lui-même contribue à l'allongement du corps. On réalise donc par la suspension une sorte de distension des éléments nerveux.

La suspension accélère la respiration et le pouls, accroît la pression sanguine. Motschutkowski s'est servi du corset de Sayre; pour soulever le malade comme pour le laisser retomber, on doit procéder lentement et sans saccades; les premières séances ne doivent pas se prolonger au delà de deux à cinq minutes; pendant la séance, le malade doit s'habituer à faire porter tout le poids de son corps, tour à tour, sur les bras et puis sur la tête.

Motschutkowski a essayé la suspension chez 23 malades atteints d'affections du système nerveux; 15 d'entre eux étaient des ataxiques; 3 avaient une sclérose des cordons latéraux, les autres une myélite chronique disséminée, une névrite multiple ou une sciatique rhumatismale. 13 ataxiques ont réellement bénéficié du traitement qui a fait cesser ou diminuer les douleurs, atténué les autres troubles de la sensibilité, augmenté la force musculaire des membres et amélioré les symptômes ataxiques.

Il est à noter que la suspension réussit bien moins chez les ataxiques au début qu'à une période avancée du tabes.

Motschutkowski pose les contre-indications suivantes à l'emploi de la suspension : 1° affections cardiaques et troubles de compensation; 2° sclérose des vaisseaux et anévrismes; 3° emphysème pulmonaire énorme ; 4° cavernes et tendance aux hémoptysies ; 5° antécédents d'attaques apoplectiques, épileptiques ou épileptiformes ; 6° anémie extrême et tendance aux syncopes.

Jamais la suspension ne doit durer plus de dix minutes. Quand on répète les séances trop fréquemment (quotidiennement ou biquotidiennement) ou qu'on les prolonge trop, on s'expose à voir survenir tout ou partie des accidents suivants : affaiblissement des extrémités inférieures; douleurs dans le sacrum ou dans toute la colonne; étourdissements, perte d'appétit, somnolence; hémorragies scléroticales; rétention d'urine ; convulsions toniques des membres inférieurs.

II. — Bernhardt a pratiqué en tout 256 fois la suspension chez 21 tabétiques.

Il n'y a eu d'accidents désagréables que chez 2 d'entre eux. L'un a présenté, lors de la première séance qui n'a pas duré plus d'une demi-minute, une lipothymie ; mais cet accident ne s'est pas renouvelé. Chez l'autre malade, il a fallu renoncer à ce traitement qui 2 fois de suite occasionna une attaque épileptiforme.

Plus de la moitié des malades ont manifestement bénéficié de la suspension (*R. S. M.*, XXXIV, 91). J. B.

III. — Le premier malade pour lequel Bruns a eu recours à ce mode de traitement a éprouvé deux fois de suite les mêmes accidents épileptiformes que le malade de Bernhardt, bien qu'à la dernière séance, Bruns eût eu soin de supprimer la courroie qui entoure le cou, parce qu'il croyait qu'elle avait comprimé les carotides.

Depuis lors, il a pratiqué plus de 150 suspensions chez 7 autres tabétiques, sans avoir jamais d'accident. J. B.

IV. — Waitzfelder donne six cas où le traitement améliora l'incoordination motrice. P. DUFLOCQ.

V. — La suspension a été employée chez huit malades ; six fois avec un bon résultat, diminution des douleurs, réapparition du sens musculaire, retour de la motilité, des érections.

La disparition des troubles de la vessie et du rectum est un des effets les plus constants de la suspension. Chez un malade l'incontinence complète d'urine datant d'un an est presque supprimée.

Mouisset signale des douleurs à la nuque à l'occiput (avec menaces de syncope dans un cas), du vertige. A. C.

I. — Report on the treatment of fourteen (14) cases of disease of the spinal cord by the method of suspension, par David D. STEWART (*Med. News*, 1er *juin* 1889).

II. — Ataxie traitée par la suspension, par J. TEISSIER (*Lyon méd.*, 14 *juillet* 1889).

III. — An improved apparatus for suspension, par Julius ALTHAUS (*Lancet*, 22 *juin* 1889).

IV. — Des contre-indications du traitement par la suspension, par Paul BLOCQ (*Bull. méd.*, 9 *juin* 1889).

I. — Steward a traité 14 malades (8 ataxies, 3 paraplégies spastiques

primitives, 2 scléroses, 1 méningo-myélite dorso-lombaire), par la suspension ; en tout 352 séances.

Il a constaté pour le tabes les résultats annoncés : diminution de l'ataxie, des douleurs fulgurantes. L'amélioration a été plus marquée et plus rapide dans les cas les plus chroniques. Pas de retour des réflexes rotuliens.

Sur les 3 cas de paraplégie, dans deux cas diminution, marquée pour l'un, légère pour l'autre, de la paralysie, de la rigidité et du spasme, insuccès chez le 3e.

Dans le cas de myélite, amélioration très nette de la paralysie et de l'état général.

II. — Teissier cite deux cas où l'amélioration a été rapide et très manifeste ; les malades ont pu marcher, les douleurs ont cessé. Une malade qui ne pouvait quitter le lit, en raison de l'incoordination motrice et par suite d'un ulcère plantaire, a pu, après 5 semaines, se rendre à pied à la consultation.

Une malade a de l'albuminurie passagère après chaque séance de suspension.

III. — Althaus fait mettre une poulie et fixe la corde à un cran d'arrêt pour éviter toute secousse. Il a fait déjà plus de 300 suspensions chez 29 malades. Dans quelques cas, les résultats ont été excellents ; dans la majorité, bons; dans le petit nombre, nuls.

IV. — Les contre-indications de la suspension dans l'ataxie sont : 1° les modalités particulières de l'état général, débilité organique, anémie ; l'œdème et l'obésité nécessitant une surveillance plus minutieuse ; 2° les affections des systèmes cardio-vasculaires et nerveux (emphysème, phtisie, athérome ou lésions du cœur ; vertiges ; 3° certaines lésions locales (altération des dents, etc.). A. C.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — **Zur Lehre von der Localisation in der Grosshirnrinde**, par **E. LEYDEN** (*Charité-Annalen, p.* 123, 1888).

II. — **Meningeal tuberculosis**, par **SAINSBURY** (*Brit. med. Journ., p.* 412, *février* 1889).

III. — **Ueber die Fasersystem im Fuss des Grosshirnschenkels, etc.** (**Système de fibres du pied du pédoncule et leur dégénération**), par **SIOLI** (*Centralbl. f. Nervenheilk., n°* 15, 1er *août* 1888).

IV. — **Ein Fall von gummöser Erkrankung, etc.** (**Gommes de la base du cerveau et du nerf optique**), par **SIEMERLING** (*Arch. f. Psych. u. Nervenk., XIX Heft* 2, *p.* 401).

V. — **Ueber encephalitische Asymbolie**, par **MEYNERT** (*Soc. des médec. de Vienne*, 8 *juin* 1888).

VI. — **Hemianopsia superior**, par **NOTHNAGEL** (*Ibid., mai* 1888).

VII. — **Étude sur les blépharoptoses pédonculaires et protubérantielles, etc., par J. AUDRY** (*Lyon médic.*, *n°* 41, 1888).

VIII. — **Ueber eine eigenthümliche, etc. (Mouvement associé de la paupière supérieure parétique dans le ptosis congénital), par BERNHARDT** (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, *août* 1888).

IX. — **Contribution à l'étude clinique des anesthésies dépendant de lésions en foyer de l'écorce cérébrale, par J. HAMAIDE** (*Thèse de Paris*, 1888).

X. — **Les zones opto-corticales du cerveau chez l'homme, par E. RONDOT** (*Bordeaux*, 1888).

XI. — **La polyurie persistante considérée comme symptôme cérébral en foyer, par KAHLER** (*Zeitsch. f. Heilk.*, *VII*, *p.* 105).

XII. — **A case of cerebral tumour, etc., par William DUDLEY** (*Brain*, *p.* 503, *janvier* 1889).

XIII. — **A case of tumour of the brain, par W. HADDEN** (*Ibid.*, *p.* 523).

XIV. — **A case of amnesia, par St John BULLEN** (*Ibid.*, *p.* 514).

XV. — **Ueber Tumoren der Vierhügelregion (Tumeurs des tubercules quadrijumeaux), par NOTHNAGEL** (*Wiener med. Presse*, *n°* 3, *p.* 89, 1889).

I. — Cocher de 63 ans, athéromateux. Apoplexie à la suite de fatigue et de refroidissement. Hémiplégie droite. Aphasie. Le malade paraît cependant comprendre ce qu'on lui dit, il fait des efforts pour répondre. A plusieurs reprises, on constate des convulsions toniques, puis cloniques, présentant tout à fait l'apparence de l'épilepsie jaksonnienne; débutant par la face à droite, les convulsions occupent successivement le membre supérieur et le membre inférieur correspondant, puis le membre inférieur du côté opposé. Anesthésie du côté droit. A l'autopsie, on trouve un foyer hémorragique s'étendant de la partie externe du noyau lenticulaire à travers la capsule externe et l'avant-mur jusqu'au lobule de l'insula, dont les circonvolutions sont intactes. Le foyer hémorragique n'atteint nullement la capsule interne, mais il s'étend en haut et latéralement de façon à intéresser certainement les faisceaux d'irradiation de cette capsule.

2° H..., de 35 ans, à la suite d'une chute, présente une perte de connaissance complète et une hémorragie abondante par l'oreille droite. On diagnostique une fracture du rocher du côté droit. Surdité complète de ce côté. La connaissance revint progressivement, et l'on put constater l'existence de phénomènes d'aphasie motrice et de surdité verbale ou de surdité psychique. Tout cela devait être considéré comme le résultat plutôt d'une hémorragie à la base du cerveau, que d'une fracture de la base du crâne. Dans le cas de fracture, la surdité est bilatérale. Il n'y avait, du reste, pas de paralysie des extrémités. Une hémorragie au niveau de l'insula gauche pouvait expliquer tous ces phénomènes. Guérison.

3° Dans ce cas, une fracture de la base du crâne à gauche s'est accompagnée d'une hémorragie interméningée considérable du côté opposé; cela vient à l'appui de l'hypothèse faite pour le cas précédent.

4° Il s'agit d'un syphilitique chez lequel on a observé une céphalalgie intense, surtout nocturne, de l'hémiplégie droite, de l'hémianopsie inférieure, des accès d'épilepsie partielle. Par la percussion, on provoquait une douleur assez vive au niveau de l'os temporal gauche. Tout cela plaide en faveur d'une gomme située au niveau du lobe temporal gauche. Le traitement spécifique amena une amélioration très grande. A. MATHIEU.

II. — Observation curieuse anatomiquement et cliniquement. Il s'agit d'un

homme de 48 ans, qui se présente à l'hôpital avec de l'affaiblissement du bras et de la jambe droite, survenu successivement. Les réflexes surperficiels étaient également prononcés des deux côtés du corps, les réflexes profonds étaient exagérés à la jambe droite, et on y constatait de la trépidation épilepsoïde. Le malade mourut cinq jours plus tard dans le coma, sans convulsions. On trouva des plaques tuberculeuses à la partie supérieure de la frontale et de la pariétale ascendantes gauches, ainsi que sur le lobule paracentral.

H. R.

III. — Homme de 43 ans, étant progressivement tombé malade avec des manifestations apoplectiformes, présente en dernier lieu une cécité et une surdité complètes, hémiplégie gauche complète, pas de troubles de la sensibilité ni de la parole. — A l'autopsie, pachyméningite hémorragique bilatérale et ramollissement étendu de l'hémisphère cérébral droit qui semblait englober les circonvolutions centrales, l'insula, et le voisinage de la scissure de Sylvius, et s'enfonçait jusque dans la substance blanche de ces circonvolutions. La couche optique droite est à peine moitié aussi grosse que la gauche; le corps strié est peu atrophié. L'auteur étudie la dégénération des différents faisceaux de fibres provenant de l'écorce; une figure est jointe à la description.

PIERRE MARIE.

IV. — Une femme de 38 ans, anciennement syphilitique, souffrait, depuis des années, de céphalées, de vomissements, de vertiges, d'accès épileptiformes. A ces premiers symptômes s'ajoutèrent plus tard du strabisme de l'œil gauche, l'affaiblissement de la vue, de la parésie des membres inférieurs. Puis, à la suite d'une attaque d'apoplexie avec hémiplégie gauche, la malade offrit des symptômes bulbaires : embarras de la parole, dysphagie. Après un second ictus avec hémiplégie droite, paralysie du facial. L'examen ophtalmoscopique révéla une atrophie des papilles. Amaurose à gauche; à droite, hémianopsie, ophtalmoplégie externe, diminution de l'acuité auditive. De plus, à gauche, quelques rameaux de l'oculomoteur commun étaient paralysés. Mort après aggravation des phénomènes de paralysie et des symptômes bulbaires.

L'autopsie vérifia le diagnostic porté : Tumeur gommeuse de la base, avec participation du chiasma et foyer cérébral à gauche. De ce côté, le corps strié était occupé par un foyer de ramollissement qui pénétrait assez profondément dans la capsule interne. A droite, autre foyer, moins volumineux, n'intéressant que fort peu la capsule interne. La tumeur gommeuse, partant des méninges, englobant les nerfs olfactifs et optiques, le chiasma, les bandelettes. Celle de gauche était transformée en une masse néoplasique, jusqu'au corps genouillé et jusqu'au pulvinar. L'espace compris entre les pédoncules cérébraux était occupé par une masse gommeuse de formation récente qui intéressait les nerfs oculomoteurs. Des dépôts gommeux s'étaient formés aux points d'émergence des nerfs oculomoteurs externes. Le corps restiforme, à gauche, était occupé par une tumeur partie du cervelet, qui avait infiltré et détruit presque toute la moitié gauche du bulbe, au niveau du noyau inférieur de l'hypoglosse. On trouva également atrophiés un certain nombre de rameaux destinés aux muscles de l'œil, ainsi que les muscles; dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux; jusque dans la moelle, altérations syphilitiqnes des gros vaisseaux de la base.

L'auteur termine par des conclusions relatives au trajet des fibres dans les voies de transmission des impressions visuelles; notamment du faisceau direct, non croisé : Les fibres de ce faisceau, qui fournissent aux parties latérales de la rétine, occupent également les parties latérales du tronc du nerf optique, où elles arrivent jusqu'à la périphérie. Dans le trajet intra-orbitaire du nerf, elles occupent surtout la partie inférieure du tronc, et les parties latérales, plus en amont. Dans le chiasma, ce faisceau occupe égale-

ment la partie latérale et s'étend successivement de la surface centrale du chiasma vers la surface dorsale. Enfin, dans la bandelette optique, ce faisceau direct occupe la partie centrale et n'atteint plus nulle part la périphérie.

E. RICKLIN.

V. — L'asymbolie est un défaut de communication entre le centre optique et les centres qui interprètent les perceptions optiques. Elle existe le plus souvent dans le ramollissement cérébral, mais on peut l'observer à la suite des attaques épileptiques, dans les troubles vasomoteurs (migraine) etc.

Voici un exemple.

Une femme de 55 ans a, depuis deux ans, des vertiges et des vomissements; depuis un an elle a des troubles visuels et des manifestations ataxiques, surtout à la main gauche.

Rien à l'ophtalmoscope; diminution de l'acuité visuelle à gauche. La malade se représente mal la dimension des objets et ne peut les reconnaître qu'après avoir entendu plusieurs fois leur nom.

Autopsie. Atrophie de la totalité de l'écorce : petits foyers hémorragiques sous-corticaux, rétraction de plusieurs circonvolutions qui sur plusieurs points sont grisâtres, pigmentées, atrophiées. Il s'agit donc là d'une encéphalite. Le maximum des lésions existe au centre moteur du membre supérieur gauche.

L. GALLAIRD.

VI. — Un homme de 47 ans, bien portant jusque-là, devient subitement aveugle. L'examen ophtalmoscopique ne révèle rien; les pupilles réagissent bien. Dans la moitié supérieure du champ visuel, les sensations lumineuses font défaut; elles persistent dans la moitié inférieure. Parmi les couleurs, le patient ne reconnaît que le rouge. On constate en même temps que le sujet est atteint de démence.

Il s'agit là d'une hémianopsie supérieure dont le siège doit être dans l'écorce des lobes occipitaux; la lésion serait bilatérale. On ne peut admettre une lésion de la base, car il n'y a pas d'autre signe que l'hémianopsie et la démence.

L'auteur, en formulant ce dignostic, rappelle un cas où il a trouvé, à la suite d'accidents analogues, un double ramollissement des lobes occipitaux par thrombose.

L. GALLIARD.

VII. — Audry a observé un enfant de 4 ans qui eut un tubercule de la protubérance et du pédoncule cérébral gauche, ce tubercule respectait le bulbe. Les symptômes étaient une parésie très accentuée des 4 membres, plus marquée à droite, et combinée de ce côté avec une paralysie du facial inférieur, une analgésie étendue à la face, peut-être temporaire, avec une conservation du tact. Quelques crises convulsives, conservation de l'intelligence. Pas de paralysie périphérique du facial, ni strabisme interne net; à un moment il y eut un peu de déviation conjuguée de la tête du côté droit. La vue est conservée, on constate un ptosis persistant de la paupière gauche avec absence totale d'ophtalmoplégie interne, pas de strabisme externe.

De cette observation, comparée à un assez grand nombre d'autres, Audry tire les conclusions suivantes :

Une blépharoptose isolée ou combinée avec des paralysies partielles des muscles innervés par le moteur oculaire commun peut se rencontrer au cours des affections pédonculaires, protubérantielles, pédonculo-protubérantielles. Elle peut être le point de départ d'une variété de paralysie alterne et siège du côté de la lésion.

S'agit-il de pédoncules, cette blépharoptose paraît être dans certains cas le résultat d'une lésion nucléaire (*blépharoptose nucléaire*); elle suc-

cède quelquefois à l'altération des radicules qui donnent naissance au rameau nerveux du releveur (*blépharoptose radiculaire*). Le ptosis pédonculaire absolument isolé est très rare, si tant est qu'il existe.

Les fibres destinées au releveur passent par le groupe externe des radicules de la 3e paire.

La blépharoptose protubérantielle est habituellement isolée, elle coïncide souvent avec la paralysie du moteur oculaire externe et celle du facial, cette dernière ayant ordinairement le type périphérique.

Cette chute de la paupière ne s'observe pas seulement dans les affections qui sont limitées aux régions les plus antérieures de la protubérance, mais dans celles qui se trouvent au voisinage de l'eminentia teres.

Le noyau du releveur de la paupière est le plus postérieur de ceux qui donnent naissance aux branches du moteur oculaire commun.

PIERRE MARIE.

VIII. — Garçon de 7 ans ayant depuis sa naissance une chute de la paupière supérieure gauche, l'œil gauche tout entier semble plus petit et enfoncé dans l'orbite, la fente palpébrale gauche est plus étroite que la droite. Il n'existait pas de troubles vaso-moteurs ni aucun signe qui indiquât une affection du grand sympathique, aucun trouble de mobilité des yeux.

Les mouvements du facial s'exécutent des deux côtés d'une façon tout à fait normale. — Si ce garçon mange, quand il fait des mouvements de mastication on voit la paupière supérieure gauche tombante s'élever d'une façon simultanée avec les mouvements de mastication, tandis qu'à la droite tout reste tranquille

L'auteur, après avoir rapporté les observations analogues de Helfreich et de Gunn, se rallie à l'opinion que suivant toute vraisemblance il s'agit d'un défaut congénital d'une partie des noyaux de la 3e paire (celle qui fournit au releveur de la paupière supérieure) et que par suite de ce défaut ce muscle se trouverait innervé par un noyau voisin celui de la portion motrice du trijumeau.

Inversement M. Bernhardt a observé ce fait que dans les cas de paralysie nucléaire du releveur de la paupière supérieure et du droit supérieur la mastication devient plus difficile et cause une fatigue singulière.

En terminant il rapporte une observation d'Adamück ayant trait à une nonne de 40 ans chez laquelle le mouvement de mastication faisait relever fortement en haut les paupières et saillir les globes oculaires.

PIERRE MARIE.

IX. — L'anesthésie due aux lésions de l'écorce cérébrale ne se produirait que quand la lésion intéresse une zone qui comprend les circonvolutions rolandiques (zone motrice) et la partie attenante du lobe pariétal. — Les lésions intéressant uniquement les circonvolutions du lobe occipital ou du lobe temporo-sphénoïdal ne semblent pas, contrairement à ce que faisaient présumer les connexions anatomiques de ces circonvolutions et du faisceau sensitif, capables de déterminer aucune perturbation de la sensibilité générale.

Cette anesthésie est toujours liée à une paralysie plus ou moins accentuée des membres où elle siège, elle se répartit comme elle, et se superpose exactement à la paralysie motrice.

Elle est généralement incomplète, superficielle, transitoire, succédant à l'ictus cérébral elle s'efface plus ou moins rapidement dans les quelques heures ou les quelques jours qui suivent celui-ci. — Son intensité paraît

dépendre beaucoup plus de la proximité de l'ictus et de son intensité que de l'étendue en surface de la lésion corticale.

Quelquefois elle est profonde et porte (mais le fait est rare) sur tous les modes de la sensibilité générale (contact, douleur, température, sens musculaire, sensibilité réflexe). PIERRE MARIE.

X. — Rondot rapporte trois observations suivies d'autopsie dans lesquelles des troubles très marqués de la vision sont survenus après des lésions corticales. De l'analyse de ces observations et de cas analogues, il conclut qu'il existe chez l'homme deux territoires de l'écorce du cerveau plus particulièrement dévolus aux perceptions visuelles : A. la zone externe comprend comme centre intensif la 1re et la 2e circonvolutions occipitales; le pli courbe et le lobule du pli courbe lui appartiennent chez un certain nombre de sujets. — B. la zone interne est représentée par le coin et peut-être par le pied de la 2e temporale adjacente. Les lésions qui détruisent ces deux zones opto-corticales dans un seul hémisphère déterminent le plus habituellement l'hémianopsie latérale du côté opposé, mais peuvent également provoquer l'apparition d'une amaurose unioculaire croisée comme cela existait très nettement dans un des cas observés par Rondot; dans ce cas, il s'agissait d'un ramollissement du coin. — Ces symptômes peuvent s'observer aussi bien dans les lésions de l'écorce que dans celles du centre ovale intéressant les fibres des centres précédemment indiqués. L'auteur admet en outre que des lésions ayant une localisation tout à fait identique et qui auraient dû s'accompagner soit d'hémianopsie, soit d'amaurose, restent absolument latentes. — Il signale la fréquence des vertiges dans les lésions des lobes occipitaux et pense qu'on peut utiliser ces faits quand il s'agit de traumatisme au point de vue de la chirurgie cérébrale. PIERRE MARIE.

XI. — Le diabète insipide est regardé comme symptomatique d'une lésion du plancher du quatrième ventricule. Mais il n'en existe guère d'observations probantes, et elles permettent à peine de localiser la polyurie persistante vers la région occipitale.

Cette polyurie s'annonce en général par la polydipsie; à la suite d'un traumatisme, elle survient avec le retour de la connaissance, parfois une demi-heure après l'accident; elle atteint progressivement son maximum en quelques jours ou quelques semaines; puis elle diminue graduellement et persiste des années, ou bien disparaît tout à fait après un temps qui varie en général de 45 jours à un an. Dans la moitié des cas, le maximum de la quantité de l'urine a été compris entre 10 et 20 litres; rarement il a été plus grand. L'état général reste bon, ou plutôt la polyurie n'influence en rien la marche des lésions qui l'ont causée.

Kahler a rassemblé 26 faits d'origine traumatique, mais ni la localisation des symptômes concomitants (paralysie des nerfs craniens, etc.) ni les résultats des autopsies ne permettent de conclure à un foyer du symptôme. Il rapporte 22 faits de maladie cérébrale avec polyurie durable, qui a presque toujours été observée dans des cas de tumeurs intéressant directement ou par compression les parties encéphaliques postérieures. Il n'est pourtant aucun point dont la lésion se soit constamment accompagnée de polyurie.

Dans les expériences sur les lapins, la piqûre (5 succès sur 15 opérations) a donné à Kahler des résultats plutôt confirmatifs des expériences

d'Eckhard que de Cl. Bernard. Des injections de nitrate d'argent à très faible dose ont reproduit fidèlement le tableau de la polyurie persistante. Cela montre bien que lorsqu'elle survient après un traumatisme cranien, elle est due à une lésion cérébrale circonscrite. Il n'a pas été possible de la localiser à un groupe de cellules; mais, tout au moins chez le lapin, une lésion de la partie supérieure du bulbe n'entraîne de polyurie persistante qu'autant qu'elle en intéresse les parties latérales, vers la partie interne des pédoncules cérébelleux, au voisinage du noyau de Deiters.

De la marche de la polyurie persistante il conclut qu'il faut y voir un symptôme d'excitation et non de paralysie. LEFLAIVE.

XII. — Un homme reçoit en juillet 1886, un coup de bâton sur la tête, perd connaissance pendant 12 heures, mais revient à lui sans paralysie. Trois jours plus tard survient une crise épileptique, bientôt suivie d'autres : elle débute par une sensation de choc galvanique dans l'épaule droite qui va irradier vers les membres du côté jusqu'au moment où le malade perd connaissance. Il éprouve simultanément une douleur fixe à 2 pouces au-dessus de l'oreille gauche. Après chaque crise il a passagèrement de l'embarras de parole et de la faiblesse du bras droit.

Trépanation en février 1887; amélioration notable et disparition des attaques pendant six semaines; mais elles reparaissent ultérieurement, plus fréquentes et s'accompagnent d'aphasie absolue, et d'une faiblesse persistante du membre inférieur droit.

On note aussi, après l'accès, une disparition de la sensation du goût du côté droit de la langue, et d'une hémi-anesthésie droite passagère.

Cet état va s'accentuant de juillet en décembre 1887 ; il a d'une façon permanente de l'aphasie avec surdité verbale.

Brusquement, à la fin de décembre, il devient comateux et meurt en 24 heures.

A l'autopsie, tumeur occupant la partie postérieure du lobe frontal gauche envahissant la capsule externe, les deux circonvolutions postérieures de l'insula, et s'atténuant jusqu'au niveau du lobe temporo-sphénoïdal. Il s'agit d'un gliome. L'histoire de la maladie laisse peu de doute sur la réalité de l'origine traumatique de la lésion. H. R.

XIII. — Garçon de 22 ans. En 1875, chute grave sur la tête, suivie de céphalée persistante, et deux ans plus tard, de crises épileptiques, qui depuis se sont toujours renouvelées. A part cette épilepsie, la santé a toujours été bonne et l'intelligence au-dessus de la moyenne. A deux reprises différentes seulement, en 1881 et 1884, il dut faire un séjour de quelques jours à l'hôpital pour des troubles cérébraux consécutifs à des crises subintrantes. Le 13 avril 1887, une nouvelle série d'accès épileptiques se déclara, et en quelques heures il succomba dans un état de mal.

L'autopsie révéla des particularités inattendues. D'abord une malformation du crâne, qui dans la région frontale était aminci au point de présenter une perforation, tandis que dans les régions pariétales l'os était épaissi et bossué.

De plus, on trouva une volumineuse tumeur occupant la substance blanche de l'hémisphère droit, arrivant presque au niveau des circonvolutions, et refoulant les noyaux lenticulaires et caudés du corps strié. Il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

L'intérêt de ce cas est la longue durée des accidents (12 ans), son point de départ probablement traumatique, enfin l'absence absolue des symptômes.

H. R.

XIV. — Femme de 73 ans. Début il y a 12 mois, d'une paralysie graduelle

de la jambe droite, puis du membre supérieur droit. Huit mois plus tard, nouvelle attaque qui rend l'hémiplégie absolue. Mémoire obtuse, idées incohérentes, amnésie verbale considérable : impossibilité de lire et d'écrire, aussi bien que de dire le nom des objets qu'elle reconnaît cependant et dont elle sait l'usage ; au bout de quatre mois de séjour à l'asile, elle succomba dans le coma.

A l'autopsie, athérome des artères de l'encéphale et surtout dans la sphère des sylviennes. Ramollissement de la circonvolution pariétale ascendante gauche, ainsi que de la frontale ascendante.

Outre ce premier foyer, il en existe un autre plus considérable qui intéresse les circonvolutions temporo-sphénoïdales et pénètre jusqu'au plancher de la scissure sylvienne et de l'insula.

L'hémisphère droit présente des îlots de ramollissement analogues intéressant de préférence la région temporo-sphénoïdales et la région occipitale.

H. R.

XV. — Un garçon de 16 ans chancelle en marchant et tombe souvent à terre ; il a des nausées, des vomissements et présente le tableau de l'augmentation générale de la pression intracranienne. L'infiltration de la papille est remplacée bientôt par l'atrophie du nerf optique et l'amaurose complète, on note aussi la perte de l'intelligence et la surdité ; pas de paralysie des extrémités, pas de troubles de la sensibilité. On ne peut utiliser ici pour le diagnostic que deux symptômes : l'ataxie spéciale, comparable à la titubation cérébelleuse de Duchenne et la paralysie oculaire (les yeux sont presque immobiles, le moteur commun et la 6e paire sont paralysés). L'auteur diagnostique : tumeur des tubercules quadrijumeaux, hydrocéphalie consécutive.

L'autopsie confirme le diagnostic : tumeur épithéliomateuse, papillome, provenant probablement du plexus choroïde.

L. GALLIARD.

I. — Zur Kenntniss der apoplectiformen Bulbärparalyse, par J. SCHWALBE (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, *p.* 711, 1888).

II. — Ueber eine hereditäre Form der progressiven spinalen... (Sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive et spinale compliquée de paralysie bulbaire), par M. BERNHARDT (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXV, Heft* 2).

I. — Un maçon de 32 ans est apporté, le 11 janvier 1888, dans le service de Fürbringer ; état comateux, insensibilité absolue, absence de réaction des pupilles, respiration régulière, T. 37°. Le lendemain il se réveille et recouvre l'intelligence, mais il est atteint de paralysie linguale et doit fournir par écrit les renseignements : pas d'antécédents intéressants, sauf la syphilis, il y a 5 ans ; il se rappelle avoir éprouvé un court malaise avant la perte de connaissance.

On constate une paralysie complète du facial inférieur droit et une parésie des membres à gauche. L'alternance existe également pour l'anesthésie, à droite pour la face, à gauche pour les membres. Pas de paralysie oculaire.

La langue sort péniblement de la bouche, mais sans déviation. La pointe ne jouit d'aucune mobilité à l'intérieur de la bouche. La parole est presque abolie ; voix nasale. Le voile du palais est peu actif ; cependant les aliments ne passent pas dans les fosses nasales ; la luette est déviée à gauche.

L'acuité auditive est diminuée des deux côtés, surtout à gauche. Pas d'altération du goût ni de la vue. Les réflexes sont conservés ; pas de paralysie des sphincters. Au bout de 5 jours, le malade commence à se faire comprendre. Au bout de 3 semaines, le patient articule quelques phrases. La motilité de la face s'améliore. Au bout de 12 jours l'acuité auditive est

normale. L'excitabilité électrique de la face est un peu plus grande à droite qu'à gauche; elle est égale aux extrémités des deux côtés. Le 12 février, même hémi-anesthésie alterne qu'au début, ataxie des membres à gauche, et diminution du sens musculaire du même côté. Même augmentation de l'excitabilité électrique à la face, à droite. De ce côté, diminution de l'acuité visuelle.

Le 10 mars, le patient quitte l'hôpital; il est fort amélioré par le traitement; frictions mercurielles et iodure de potassium.

L'auteur rejette l'hypothèse d'une gomme, et admet une thrombose bulbaire consécutive à l'endartérite syphilitique.

Dans cette hémiplégie alterne, on remarquera que le facial supérieur est respecté, et qu'il y a coïncidence d'hémi-anesthésie alterne, de parésie du nerf vague, du glosso-pharyngien et de l'auditif. L. GALLIARD.

II. — Bernhardt rapporte les symptômes cliniques d'une affection, qu'il a observée à diverses reprises : elle consiste en une paralysie et une atrophie musculaire progressive des muscles superficiels et profonds de la nuque et de l'épaule. Tandis que les muscles de la main et des doigts sont peu atteints, la paralysie et l'atrophie gagnent rapidement tout le système musculaire innervé par le nerf vague, le spinal et l'hypoglosse, de telle façon qu'on se trouve, en fin de compte, en présence du tableau clinique offert par la paralysie bulbaire progressive. La durée de la maladie ne dépasse pas 24 à 30 mois. Elle se distingue nettement des amyotrophies progressives primitives de Charcot. Elle épargne presque complètement les extrémités inférieures et n'est accompagnée d'aucun symptôme d'hypertrophie dans les muscles des membres.

Bernhardt a vu cette maladie atteindre plusieurs membres de la même famille. N'ayant pu pratiquer l'autopsie dans aucun des cas, il suppose qu'il ne s'agit nullement d'une affection des nerfs périphériques : *cliniquement*, la maladie se présente comme une *forme spéciale d'atrophie probablement spéciale, compliquée de paralysie bulbaire* et portant spécialement sur les muscles de l'épaule et de la nuque. En raison des liens de parenté qui unissaient les individus malades, de l'évolution rapide de l'affection, de la participation des noyaux bulbaires, Bernhardt en fait une atrophie musculaire spéciale, distincte des *formes myopathiques et héréditaires*. ED. RETTERER.

I. — Étude clinique et anatomo-pathologique sur l'atrophie musculaire des ataxiques (névrite motrice périphérique), par J. DÉJERINE (*Revue de méd., février-avril* 1889).

II. — Nouvelles recherches sur le tabes périphérique, par DÉJERINE et SOLLIER (*Arch. de méd. expérim.*, 1er *mars* 1889).

III. — Gangrène cutanée du gros orteil chez un ataxique, par JOFFROY et ACHARD (*Ibid.*, 1er *mars* 1889).

IV. — A case of ataxic paraplegia with autopsy, par DANA (*Brain, p.* 490, *janvier* 1889).

V. — On a case of Friedreich's disease, par Newton PITT (*Guy's hosp. Rep., vol. XLIV, p* 369).

VI. — A case of disseminated sclerosis, par J. ORMEROD (*St-Barth. hosp. Rep., XXIV, p.* 155).

I. — Ce mémoire est basé sur 19 observations de tabétiques atro-

phiques, dont neuf avec autopsie et examen histologique. Les conclusions auxquelles les recherches de l'auteur l'ont conduit sont les suivantes :

L'atrophie musculaire qui survient fréquemment au cours du tabes (20 0/0 d'après les observations de l'auteur) n'est point une affection évoluant pour son propre compte, et venant se surajouter aux symptômes de cette affection. Elle fait partie intégrante de la symptomatologie de l'ataxie locomotrice. Cette atrophie survient en général à une période avancée du tabes; elle est symétrique le plus souvent. Son évolution est lente. Elle débute presque toujours par les muscles des extrémités (pied, main) et un peu plus souvent dans les membres inférieurs que dans les membres supérieurs. Cette prédominance de l'atrophie dans les muscles des extrémités, quel que soit le degré de généralisation atteint par l'atrophie, est la règle; le contraire, la grande exception. Aux membres inférieurs, l'atrophie se présente sous la forme de pied équin, avec flexion plantaire des orteils, en particulier du gros orteil. Aux membres supérieurs, elle réalise le type Aran-Duchenne, très rarement le type scapulo-huméral ou antibrachial. Le type Aran-Duchenne dépend uniquement de l'atrophie musculaire. La déformation du pied et des orteils relève, dans ses commencements, de la même pathogénie ; mais plus tard, ce sont des rétractions aponévrotiques et musculaires qui maintiennent le pied et les orteils dans leur position vicieuse.

L'atrophie musculaire tabétique évolue sans contractions fibrillaires. La contraction idio-musculaire est diminuée ou abolie. La contractilité faradique et galvanique est modifiée quantitativement, la réaction de dégénérescence peu commune. Cette atrophie musculaire relève d'une altération des nerfs musculaires, diminuant progressivement de la périphérie au centre, pouvant même, dans quelques cas, se retrouver très atténuée jusqu'au niveau des racines antérieures. Cette altération des nerfs moteurs est d'ordre purement périphérique, les cellules motrices et la substance grise des cornes antérieures étant intactes. Ce rayonnement de la périphérie au centre (si commun dans d'autres variétés de la névrite périphérique) concorde parfaitement avec la symptomatologie de l'atrophie musculaire tabétique. La pathogénie de la névrite périphérique qui tient sous sa dépendance l'atrophie musculaire des ataxiques, est encore indéterminée. Il en est de même pour la névrite sensitive que l'on rencontre chez ces malades. Moins fréquente au cours de ces tabes que cette dernière, la névrite motrice devra désormais être regardée comme appartenant, elle aussi, à la maladie de Duchenne, dont elle peut, dans certains cas, modifier singulièrement la symptomatologie. C. GIRAUDEAU.

II. — L'observation rapportée par les auteurs démontre une fois de plus qu'une symptomatologie plus ou moins analogue à celle du tabes médullaire peut être la conséquence de la névrite périphérique, lorsque cette dernière affecte principalement les nerfs de la sensibilité générale ; elle démontre, en outre, que les tabes d'origine périphérique n'a pas toujours une marche subaiguë, mais peut affecter une évolution lente et chronique. A. GILBERT.

III. — A propos d'une observation de gangrène cutanée du gros orteil chez un ataxique, Joffroy et Achard émettent quelques considérations

sur le rôle de la névrite périphérique dans l'ataxie. Selon eux, dans l'ataxie, la névrite périphérique n'a qu'un rôle secondaire. La cause première de la dystrophie des membres est l'altération de la moelle. Sous l'influence de cette lésion centrale, la nutrition est troublée, la peau, les muscles, les os, les articulations, les nerfs subissent des modifications plus ou moins marquées, et la névrite périphérique que l'on constate chez un certain nombre d'ataxiques est l'une des conséquences de ce trouble diffus de la nutrition auquel on pourrait appliquer la dénomination générale de dystrophie tabétique. A. GILBERT.

IV. — La paraplégie ataxique peut être ou un tabes, ou une sclérose latérale avec extension des lésions, quelquefois enfin, une sclérose simultanée de tous les cordons de la moelle. Le fait suivant est un exemple de cette dernière variété.

Homme de 50 ans, anciennement saturnin et syphilitique : développement progressif d'une paraplégie spastique compliquée ultérieurement d'ataxie, sans douleurs vives ni envahissement des sphincters. Pas de diarrhée.

A l'autopsie, sclérose latérale sur toute la longueur de la moelle, surtout prononcée à la région cervicale moyenne : sclérose postérieure moins accentuée, localisée à la région cervicale, leptoméningite chronique concomitante. Intégrité absolue des racines nerveuses et des nerfs périphériques. H. R.

V. — Le malade de Pitt est le même qui a été à plusieurs reprises présenté par le Dr Moxon, et qui figure sous le n° 31 dans les observations publiées par Ormerod (Brain, vol. VII). Il appartient à une famille de 7 enfants, dont trois, outre lui, sont atteints de mouvements choréiformes et ataxiques. Entré à l'hôpital pour la première fois en 1877, il a, depuis l'âge de 15 ans, de l'incoordination, des soubresauts brusques des membres, le signe de Romberg et celui de Westphal. Mort en mars 1885, d'une affection cardiaque intercurrente.

L'intérêt de la communication de Pitt est l'autopsie de ce cas, dont voici le résumé :

1. Moelle très réduite et atténuée.
2. Sclérose considérable ayant détruit les cordons de Goll depuis le renflement lombaire jusqu'au plancher du 4e ventricule.
3. Sclérose prononcée de la partie postérieure des colonnes de Burdach, où l'on trouve cependant quelques fibres saines. Une petite bande voisine de la corne postérieure a échappé à la dégénération.
4. Sclérose diffuse des faisceaux pyramidaux croisés, surtout prononcée au niveau de la région dorsale.
5. Sclérose diffuse des faisceaux cérébelleux ascendants, que l'on suit jusqu'au niveau de la décussation des pyramides.
6. Dégénération des colonnes de Clarke, ainsi que d'une partie des cornes postérieures et des racines postérieures.

Pitt admet que le caractère anatomique prédominant de la maladie de Friedreich est la petitesse congénitale de la moelle, jointe à une disposition sénile prévue du système vasculaire. Dans la plupart des autopsies publiées, on a signalé cette double particularité. H. R.

VI. — L'observation d'Ormerod est intéressante en ce qu'elle montre un cas de sclérose en plaques à symptômes cliniques frustes : de l'affaiblissement des jambes, de l'atrophie des muscles du mollet, des signes légers d'anesthésie disséminée et des troubles de la vue liés à de l'atrophie du nerf optique : le nystagmus et surtout le tremblement avaient fait complètement défaut. Le diagnostic avait pu être établi d'après l'exagération des réflexes tendineux et la trépidation épileptoïde du membre inférieur. L'autopsie est rapportée en grands détails. H. R.

I. — A propos des rapports de l'ataxie locomotrice et du goitre exophtalmique, par FÉRÉOL (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 *février* 1889).

II. — *Idem*, **par BALLET** (*Ibid.*, 8 *février* 1889).

III. — *Idem*, **par BARIÉ** (*Ibid.*, 22 *février* 1889).

I. — Féréol a observé chez un homme de 50 ans, qui présentait les signes classiques de la maladie de Basedow, une amélioration rapide, puis la guérison, par l'emploi de l'iode intus et extra, tandis que l'hydrothérapie, les toniques, les nervins avaient totalement échoué.

II. — Ballet ne croit pas qu'une lésion se rattachant au processus anatomique constitutif du tabes soit susceptible d'engendrer une symptomatologie identique à celle de la vulgaire maladie de Basedow. Il admet qu'il y a simplement association morbide de l'ataxie et du goitre; il s'appuie pour soutenir cette proposition, sur la fréquence des associations morbides chez les individus prédisposés de par l'hérédité. Quand la tachycardie se montre chez un tabétique, sous l'influence de l'irritation du noyau du pneumogastrique, c'est toujours un trouble ultime qui n'est pas de longue durée. Ballet ajoute, contrairement aux dires de Dumontpallier, que le goitre exophtalmique peut complètement guérir.

III. — Barié, s'appuyant sur la fréquence des complications bulbaires dans le cours du tabes, sur les recherches expérimentales de Filehne qui provoque l'exophtalmie et la tuméfaction du goitre en sectionnant les corps restiformes, sur les lésions hyperémiques du bulbe constatées dans plusieurs autopsies, persiste à admettre l'existence de lésions bulbo-protubérantielles. Il ne voit pas, d'ailleurs, en quoi l'influence de l'hérédité nerveuse peut s'opposer à ce qu'un travail morbide se produise dans ce centre nerveux. H. LEROUX.

I. — Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie spinale aiguë de l'enfance, par JOFFROY et ACHARD (*Arch. de méd. expérim.*, *janvier* 1889).

II. — Zur Kenntniss der Veränderungen, etc. (Lésions des centres nerveux dans la poliomyélite antérieure aiguë), par RISSLER (*Nordiskt medic. Arkiv.*, *t. II*, *fasc.* 4, *n°* 22, 1888).

I. — Les auteurs, dans ce mémoire, se sont proposés d'attirer l'attention sur certains points secondaires de l'histoire de la paralysie infantile, à savoir :

1° Sur un état des muscles altérés, caractérisé non seulement par l'atrophie, mais encore par l'hypertrophie d'un certain nombre de faisceaux primitifs;

2° Sur l'aspect des nerfs mixtes des membres frappés d'atrophie, ainsi que des racines antérieures correspondantes ;

3° Sur les lésions atrophiques des os que le microscope montre dues à un amoindrissement diamétrique des systèmes de Havers. A. GILBERT.

II. — Trois autopsies de poliomyélite antérieure aiguë faites l'une dans la première semaine de la maladie, la seconde sept semaines et la troisième onze ans après le début de l'affection, ont permis à Rissler de contrôler les recherches microscopiques faites antérieurement sur les lésions de la moelle dans cette affection. Il se rattache à l'opinion de Roger

et Damaschino et rejette celle de Leyden, qui explique la différence anatomique des lésions par la possibilité de processus pathologiques dissemblables suivant les cas. Pour Rissler il s'agit ici d'un processus unique et l'apparente différence des lésions tient au plus ou moins de violence et d'étendue de l'inflammation. Si celle-ci est peu intense, les cellules des cornes antérieures et les tubes nerveux qui en dépendent sont seuls lésés, mais si l'inflammation s'étend davantage, certains vaisseaux intra-médullaires se trouvent oblitérés et les éléments nourris par ces derniers subiront la dégénérescence granulo-graisseuse. De là, après la résorption, la production de foyers de ramollissement caractéristiques dépouillés de tout élément nerveux. C. GIRAUDEAU.

Un cas de sclérose en plaques avec localisation bulbo-protubérantielle et disparition complète de la plupart des symptômes après un sommeil prolongé d'au moins deux heures, par ROLLAND (*Journ. de médec. de Bordeaux*, 17 *février* 1889).

Jeune homme de 27 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels autres qu'une rougeole en 1881, à la suite de laquelle il fut atteint d'une paralysie généralisée. En 1886, des tremblements apparaissent dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs ; ils augmentent sous l'influence des efforts et des émotions. Peu de temps après, le malade accuse un affaiblissement de la vue. L'examen actuel fait constater une paralysie de la langue avec tremblements fibrillaires, la difficulté d'avaler et d'articuler, les tremblements des membres sans contracture. Pas d'exagération des réflexes, ni de troubles de la sensibilité. Amaigrissement notable.

Ces différents symptômes disparaissent complètement pendant une quinzaine de minutes, après un sommeil d'au moins deux heures. L'auteur, malgré la singularité de certains symptômes, admet une sclérose en plaques véritable à localisation bulbo-protubérantielle. OZENNE.

I. — Névrite périphérique d'origine vasculaire, par JOFFROY et ACHARD (*Arch. de méd. expérim.*, 1er *mars* 1889).

II. — Neuritis of the median nerve, par Will. BUXTON (*Brain*, *p.* 519, *janvier* 1889).

III. — Étiologie de la paralysie faciale dite à frigore, par F. VIZIOLI (*La Riforma medica*, 3 *décembre* 1888).

IV. — Zur Lehre von der Hemiatrophia facialis, par E. MEN DEL (*Neurol.Centralbl.*, *n°* 14, 1888).

V. — Fall seltener Affection des Halssympathicus, par SAMELSOHN (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 838, 8 *octobre* 1888).

I. — Joffroy et Achard rapportent une observation qui montre qu'il y a lieu, à côté des névrites infectieuses et toxiques, de réserver une place à un ordre de fait nouveau : les névrites d'origine vasculaire, l'artérite oblitérante des vaisseaux nourriciers des nerfs pourrait, en effet, d'après Joffroy et Achard, entraîner la nécrobiose des tubes nerveux en certains points de leur trajet, et cette nécrobiose, produisant l'effet d'une section, deviendrait le point de départ d'une dégénération secondaire. A. GILBERT.

II. — Fait intéressant de névrite du nerf médian. Un individu se fait une plaie au poignet en tombant sur le bord coupant d'une cuvette, et se sectionne le tendon du grand palmaire. Au moment même, pas de signes de

paralysie ni d'anesthésie. La plaie guérit, sauf en un point où se fait un petit foyer de suppuration. Alors se montrent des signes de névrite, douleurs lancinantes, troubles de la sensibilité et de la motilité. Au bout d'un mois, le malade est dans l'état suivant:

Anesthésie complète pour toutes les modalités de la sensibilité dans la région palmaire thénar, à la face interne du pouce, et à la face externe de l'index et du médius. La région dorsale des trois doigts est sensible, ainsi que l'extrémité de la phalangine du pouce. Les muscles de l'éminense thénar sont totalement atrophiés.

Au bout de trois mois, retour graduel de la sensibilité tactile, puis douloureuse enfin, de la sensibilité thermique ; neuf mois plus tard, disparition de l'atrophie musculaire, sous l'influence de la faradisation. H. R.

III. — La paralysie faciale est, dans la majorité des cas, comme l'ont montré Charcot et Neumann, une névrose héréditaire, familiale, comme la maladie de Friedreich, la paralysie pseudo-hypertrophique, etc. Mais, de même que, dans certains cas de ces maladies on ne peut trouver d'hérédité, de même il y a des cas de paralysie faciale qui ne reconnaissent d'autre cause que le rhumatisme. Ces derniers cas sont caractérisés par une cause rhumatismale évidente, immédiate, par des douleurs spontanées ou provoquées par la pression qui non seulement précèdent la paralysie mais encore l'accompagnent pour ainsi dire jusqu'à sa terminaison, par l'exagération de la sensibilité électro-musculaire, par des contractions fibrillaires et par la réaction de dégénérescence, qui indiquent l'existence d'une névrite locale. GEORGES THIBIERGE.

IV. — E. Mendel a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'une femme atteinte d'hémiatrophie faciale avec atrophie de l'extrémité supérieure du côté gauche dont l'histoire a autrefois été publiée par Virchow. Elle est morte de phtisie pulmonaire. Il y avait épaississement de la gaine du nerf mamillaire supérieur, sans prolifération exagérée des noyaux du névrilème. Dans toute l'étendue du nerf trijumeau, de son origine à sa terminaison, on trouve de la névrite interstitielle proliférative ; il en était de même pour le nerf radial gauche. Les noyaux d'origine du facial et du trijumeau étaient intacts. Les grandes cellules des cornes antérieures de la moelle au niveau du cinquième nerf cervical étaient plus petites et plus rares à gauche qu'à droite. Les racines antérieures et postérieures étaient normales. La racine inférieure du trijumeau était seule lésée ; elle était amincie ; un certain nombre de ses fibres nerveuses avaient disparus. Cette racine serait la racine trophique du nerf. La peau présentait une atrophie marquée du chorion. A. M.

V. — Femme robuste de 64 ans, sans autres antécédents morbides qu'une hémicrânie droite datant de l'enfance. Le côté gauche de son visage offre la triade symptomatique, connue sous le nom de « ptosis de Horner », à savoir, l'étroitesse verticale de la fente palpébrale, le rétrécissement et la paresse de la pupille, l'enfoncement du globe oculaire. En revanche, ce côté, loin de présenter des troubles vaso-moteurs, est pâle et a une température de près de un degré inférieure à celle du côté gauche.

Ce dernier côté, au contraire, n'offre aucun symptôme oculaire, tandis qu'il présente les signes les plus manifestes d'une paralysie vaso-motrice : rougeur s'arrêtant exactement sur la ligne médiane, élévation de température, transpiration unilatérale, soit spontanée soit provoquée par la pilocarpine.

Ce fait clinique rare reproduit ainsi l'isolement déterminé expérimen-

talement par A. Bernard entre les fibres oculo-pupillaires et les fibres vaso-motrices qui cheminent côte à côte dans le sympathique cervical.

Pour Samelsohn, cette observation prouve la réalité de l'existence chez l'homme d'un dilatateur de la pupille. J. B.

Des amyotrophies dans les maladies générales chroniques, et de leurs relations avec les lésions des nerfs périphériques, par M. KLIPPEL (*Thèse de Paris*, n° 177, 1889).

La forme clinique des amyotrophies survenant au cours des maladies générales chroniques est variable; quelquefois ces amyotrophies sont prédominantes et précoces, dans d'autres cas elles sont tardives et plus ou moins masquées par la cachexie générale; on les regarde souvent alors comme un simple effet de l'amaigrissement; en outre de la diminution de volume des muscles, elles se traduisent par la diminution des forces pouvant aller jusqu'à la paralysie, quelquefois tremblement, fréquence de l'hyperexcitabilité mécanique des muscles « *réaction de cachexie des muscles* » (Klippel): diminution de l'excitabilité électrique, augmentation des réflexes; quelquefois déformation des membres par rétraction. L'amyotrophie cardiaque se joint à celle des muscles de la vie de relation (fréquence de la tachycardie, notamment dans le cancer); l'amyotrophie peut aussi porter sur les muscles du larynx (aphonie de certains phtisiques sans lésions de la muqueuse).

Tantôt les fibres musculaires sont simplement grêles, avec persistance de leur striation, tantôt elles sont dégénérées (tuméfaction trouble, prolifération des noyaux, fragmentation de la substance striée, etc.), épaississement du tissu conjonctif en proportion de l'atrophie des fibres musculaires. Les nerfs périphériques sont altérés, sur des dissociations on trouve des tubes nerveux grêles, d'autres en dégénérescence parenchymateuse avec fragmentation de la myéline et disparition des cylindres d'axe; sur des coupes on constate la sclérose du nerf avec disparition d'un certain nombre de fibres nerveuses; quelquefois très légères lésions des cellules des cornes antérieures de la moelle.

Quant à la pathogénie de ces lésions, Klippel arrive à la conclusion suivante : que l'altération des muscles soit consécutive aux lésions du système nerveux, ou qu'elle soit primitive, l'altération du contenu strié se fait la première, la prolifération des noyaux, les altérations du tissu conjonctif et des vaisseaux intramusculaires seraient la conséquence de cette première lésion dont la production dépendrait vraisemblablement de l'action de différents facteurs. PIERRE MARIE.

Contribution à l'étude des polynévrites en général, et des paralysies et atrophies saturnines en particulier. Étude clinique et anatomo-pathologique, par Mme DÉJERINE-KLUMPKE (*Thèse de Paris*, 1889).

Cet important travail est, comme l'indique son titre, plus particulièrement consacré à l'étude des paralysies et atrophies saturnines, mais avant d'entamer celle-ci, l'auteur a eu soin de faire un exposé de nos connaissances actuelles sur les polynévrites, exposé qui remplit ici le rôle d'introduction générale; en tête de chacun des chapitres traitant de telle ou telle modalité de la paralysie saturnine, on trouvera d'ailleurs

une sorte d'introduction spéciale dont le thème est fourni de nouveau par l'étude des phénomènes analogues observés dans les polynévrites.

Les névrites doivent être classées de la façon suivante :

1° *Névrites infectieuses :*

a. Primitives (béribéri — certaines névrites aiguës de cause indéterminée, les névrites dites spontanées de Leyden consécutives au surmenage ou à un refroidissement) ;

b. Secondaires, survenant au cours ou dans la convalescence de maladies infectieuses :

α. Aiguës (diphtérie, fièvre typhoïde, variole, rhumatisme infectieux (?) ;

β. Chroniques (tuberculose, syphilis, lèpre) ;

2° *Névrites toxiques* (d'origine saturnine, alcoolique, arsénicale, oxycarbonée, sulfo-carbonée, mercurielle, etc.) ;

3° *Névrites des maladies par ralentissement de la nutrition :* (diabète, cachexie, chlorose, anémie, marasme, rhumatisme chronique) ;

4° *Névrites survenant dans le cours d'affections médullaires et indépendantes de la lésion spinale* (névrites motrices et sensitives des tabétiques).

Au point de vue de l'aspect clinique, les névrites peuvent être localisées ou généralisées ; — aiguës, subaiguës ou chroniques, on les voit quelquefois alors prendre l'apparence de la poliomyélite antérieure aiguë ou celle de la paralysie générale spinale antérieure subaiguë de Duchenne ; enfin, suivant les symptômes observés, les névrites peuvent revêtir la forme motrice, la forme sensitive ou la forme mixte.

Quant aux paralysies saturnines, l'auteur décrit un certain nombre de formes localisées : type antibrachial (tous les muscles de l'avant-bras innervés par le radial, à l'exception du long supinateur, de l'anconé et souvent du long abducteur du pouce ; — type brachial (les muscles du groupe Duchenne-Erb, souvent aussi les muscles sus et sous-épineux, plus rarement grand pectoral) ; — type Aran-Duchenne (les petits muscles de la main, des éminences thénar et hypothénar, les interosseux) ; — type inférieur, péronier — la proportion de fréquence pour cette paralysie indiquée par Tanquerel des Planches de 13 0/0 serait trop forte (les muscles péroniers latéraux, extenseur commun des orteils, extenseur propre du gros orteil avec conservation du jambier antérieur, du moins dans la grande majorité des cas) ; — paralysies laryngées. (Mackenzie pensait qu'elles étaient localisées aux adducteurs des cordes vocales ; d'après des observations récentes, elles pourraient affecter tous les muscles du larynx, soit isolément, soit par groupes.)

Formes généralisées de paralysie saturnine : — *A.* Paralysie à généralisation lente, reste en général limitée aux quatre membres ; — *B.* paralysie à généralisation rapide, frappe par masses et en bloc tous les muscles d'une région et les réduit en très peu de jours à une impuissance absolue ; dans cette forme, les muscles du tronc, de l'abdomen et du thorax peuvent être atteints ; elle débute soit chez des individus atteints d'une ancienne paralysie saturnine, soit d'emblée avec généralisation rapide ; quelque intense qu'elle se soit montrée, elle se termine presque toujours par la guérison plus ou moins complète ; elle ressemble donc beaucoup à la *paralysie générale spinale antérieure subaiguë de Du-*

chenne que l'on tend d'ailleurs de moins en moins à considérer comme une véritable entité morbide.

Quant à l'atrophie musculaire dans le saturnisme, elle peut être consécutive à la paralysie, ou au contraire évoluer à elle seule indépendamment de toute paralysie, du moins cela ressortirait de quelques observations fort rares, mais peut-être légitimes.

Le chapitre V est consacré à l'étude de la séméiologie et de la valeur diagnostique des localisations musculaires saturnines; reprenant chacun des types de paralysies énumérés plus haut, l'auteur passe en revue les différentes affections qui peuvent simuler l'un de ces types et établit les caractères qui permettent de les distinguer. Il nous est impossible d'entrer dans le détail, et nous devons nous borner à signaler ce chapitre composé avec beaucoup de soin et ayant une réelle importance pratique

L'anatomie pathologique ouvre la 3e partie de l'ouvrage. L'auteur y rappelle les travaux et les opinions des anatomo-pathologistes qui l'ont précédé dans cette étude, mais ce qui est ici tout à fait personnel, c'est la relation d'une autopsie faite par Mme Dejerine-Klumpke et dans laquelle tous les nerfs du bras ont été examinés de centimètre en centimètre depuis le poignet jusques et y compris la moelle ; les résultats de cette consciencieuse étude ont été notés sur un schéma qui permet de constater d'un coup d'œil la localisation des lésions. L'auteur est d'avis qu'il s'agit toujours d'une névrite périphérique, mais reconnaît cependant que, dans le cas unique d'Oppenheim, il existait des lésions médullaires. Rien de spécial à signaler pour la pathogénie et le traitement. — Près de soixante observations dont un grand nombre personnelles ou inédites sont annexées à ce travail ou plutôt forment la base de chacun des chapitres.

PIERRE MARIE.

Paralysie agitante ancienne datant de quatre ans; amélioration considérable par l'action des miroirs rotatifs, par LUYS et GAUCHER (*Soc. méd. des hôpit.*, 22 *mars* 1889).

L..., âgé de 44 ans, a commencé à trembler des mains il y a quatre ans ; en même temps il éprouvait des maux de tête intenses et s'affaiblissait ; plus tard survinrent des douleurs lombaires vives ; au mois de décembre 1888 on constatait une altération de la parole qui devenait traînante et monotone ; le facies était immobile, le cou raide comme dans un cas de torticolis; le caractère triste, le sommeil difficile ; le tremblement des mains était continu, rythmé, aggravé sous l'influence des mouvements volontaires, le malade ne pouvait porter un verre plein à la bouche. Réflexes rotuliens normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

Le 5 janvier on eut recours aux miroirs rotatifs. Au bout de huit séances quotidiennes, on put arriver à endormir le malade. Le 19 janvier, le facies atone avait disparu, ainsi que la raideur du cou ; le tremblement des mains avait beaucoup diminué ; le 23 janvier, le malade, qui n'avait pas écrit depuis quatre ans, peut écrire.

H.-L.

Zur Beurtheilung der bei Eisenbahnunfällen auftretenden Störungen (Des troubles consécutifs aux accidents de chemins de fer), par STEPP (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 4, *p.* 66, 1889).

Voici trois exemples de désordres consécutifs aux secousses violentes d'accidents de chemins de fer.

1° Conducteur de trains âgé de 46 ans, précipité dans un déraillement et momentanément emprisonné sous les débris de son wagon; pas d'autre lésion grave qu'une plaie, contusions multiples. Au bout de quinze jours, il reprend son travail. Six semaines plus tard, il éprouve des douleurs à la tête, au dos, aux jambes; claudication due à la parésie de la jambe droite. Au bout d'un an, la barbe tombe complètement; il en est de même d'une partie des cheveux, les autres blanchissent.

2° Chauffeur de locomotives, 38 ans, contusionné dans une collision; perte de connaissance durant 15 minutes. Le lendemain, douleurs de gorge, angine simple. Au bout de trois semaines, douleurs céphaliques et sacrées, marche lente, ralentissement de la parole, affaiblissement de la mémoire. Après 7 à 8 mois, chute des cheveux et de la barbe aboutissant très rapidement à l'alopécie absolue; en même temps, les sillons du visage deviennent plus profonds, le sujet a bientôt l'aspect d'un vieillard.

Trois ans après l'accident, ténesme vésical, cystite; tuberculose pulmonaire; au bout de six mois, mort par méningite tuberculeuse. On trouve à l'autopsie des tubercules du rein, de la vessie, de la prostate, du poumon et des méninges. Pas d'examen de la moelle.

3° Conducteur de 50 ans, victime d'une collision, dégagé à grand'peine des débris du matériel; fracture de côte, contusions multiples, grande tristesse après l'accident. Au bout d'un mois, douleurs dorsales, douleurs lancinantes aux membres inférieurs, paraplégie. Pas de troubles vésico-rectaux. Au bout de six mois, on constate des points douloureux multiples.

Quatre ans après l'accident, le malade peut marcher assez facilement avec des cannes. L. GALLIARD.

Note sur le tremblement hystérique et ses variétés, par H. RENDU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 *avril* 1889).

Rendu, après avoir rapporté trois cas de Westphal et de Maguire, publiés sous le nom de pseudo-sclérose, relate deux faits de tremblement hystérique simulant la sclérose en plaques.

Dans le deuxième fait qui est le plus probant, le malade, âgé de 38 ans, avait eu en 1873 une attaque épileptiforme, avec perte de connaissance, et ultérieurement plusieurs attaques convulsives suivies d'aphasie transitoire. Depuis plus d'un an, il était atteint d'un tremblement généralisé à début rapide, peu marqué au repos, s'exagérant dans les mouvements; dans la station debout, les jambes oscillant, la marche est titubante; le tremblement rythmé quand les bras sont étendus devient excessif quand le malade veut boire. On constate en outre une anesthésie de la joue, du nez, du menton et de la tempe à droite, ainsi que du pharynx et du voile du palais; les yeux présentent la série des troubles caractéristiques de l'hystérie, rétrécissement du champ visuel, polyopie monoculaire, etc. Au bout de quinze jours de traitement par l'hydrothérapie et la valériane, le malade était très amélioré.

Dans d'autres cas, l'hystérie peut simuler la paralysie agitante. Rendu en rapporte un cas très net.

L..., âge de 48 ans, a eu, il y a 15 ans, une attaque d'apoplexie suivie de troubles sensitifs et sensoriels. En 1886, attaque épileptiforme, morsure de la langue, émission d'urine involontaire; depuis, trois autres accès analogues se sont produits; après chacun d'eux, le malade est atteint d'un tremblement localisé aux membres supérieurs; la figure est peu mobile, les mains sont agitées incessamment d'oscillations courtes, rythmées; les doigts sont demi-fléchis, il y a un affaiblissement notable des membres.

On trouve des zones d'anesthésie multiples et variables sur la face, la région interne des membres, le dos de l'avant-bras et du bras. Les muqueuses

sont anesthésiées; la vue présente des troubles nombreux, champ visuel rétréci, micropsie, achromatopsie, quelquefois polyurie et pollakiurie. Le repos et les douches remettent le malade sur pied en quelques semaines; les troubles de la sensibilité et surtout les troubles visuels persistent. H.-L.

Leçons sur un cas d'hystérie mâle avec astasie et abasie, par J. GRASSET (*Paris*, 1889).

Il s'agit d'un homme ayant eu, dans son enfance, des convulsions de 3 à 7 ans; en 1887 il fut pris d'une espèce de syncope à la suite de laquelle il remarqua que, pendant la marche, ses jambes étaient le siège de mouvements anormaux qui disparurent pour revenir à plusieurs reprises, et finirent par s'établir d'une façon permanente. Cet homme présente, en outre, des stigmates hystériques, et a été atteint de crises convulsives provoquées par la miction; c'est en outre un individu issu de souche tuberculeuse, et ayant lui-même des bronchites suspectes; Grasset pense qu'il y a entre l'hystérie et la tuberculose des relations étroites.

On trouvera dans ces leçons des considérations étendues sur l'astasie-abasie, l'hystérie et la maladie de Thomsen. P. MARIE.

La chorée chronique, par E. HUET (*Thèse de Paris*, *n°* 390, 1889).

Il s'agit ici de la chorée chronique en général, et plus particulièrement de cette affection singulière appelée par quelques auteurs la « maladie de Huntington » et dans la genèse de laquelle l'hérédité joue un si grand rôle. L'auteur, après quelques pages occupées par l'historique, donne le relevé des différents tableaux de familles publiés par ceux qui l'ont précédé dans cette étude et en ajoute trois autres personnels. L'hérédité similaire, sans être absolument fatale, est donc très fréquente, on peut aussi rencontrer l'hérédité de transformation. Tout en admettant que la chorée chronique peut se montrer dans l'enfance, au moment de la puberté et de l'âge adulte, on doit reconnaître que la forme avec hérédité similaire se voit avec le maximum de fréquence à partir de 30 ans et jusqu'à 55 ans. Les hommes seraient un peu plus souvent atteints que les femmes. La chorée chronique peut débuter à l'occasion d'une grossesse; le rhumatisme et l'arthritisme peuvent s'y rencontrer, mais nullement d'une façon nécessaire; les influences morales prennent quelquefois une certaine part dans son étiologie; l'hystérie, l'épilepsie et différentes affections du système nerveux peuvent également se montrer chez les individus atteints de chorée chronique ou chez leurs ascendants. Le début de la chorée chronique est généralement lent et progressif, rarement brusque; peut-être cette affection succède-t-elle à la chorée ordinaire à la suite de plusieurs récidives; le plus souvent le début se fait par des troubles moteurs, plus rarement par des troubles mentaux; les troubles moteurs se montrent d'abord à la face, puis dans les membres supérieurs, rarement ce sont ceux des membres inférieurs qui ouvrent la scène, les mouvements sont fort analogues à ceux de la chorée vulgaire, mais un peu plus lents; la langue y participe; la parole est fréquemment altérée; les muscles des globes oculaires jouissent d'une immunité relative; mais l'auteur déclare qu'il n'est aucun muscle volontaire qui ne puisse prendre part aux mouvements choréiques; le nombre des muscles atteints augmente en général avec la durée de la maladie. Le sommeil fait souvent cesser les mouvements; les émotions les aug-

mentent, la volonté exerce sur eux une notable influence, mais ordinairement de courte durée. La sensibilité cutanée est bien conservée dans tous ses modes, de même pour les sens spéciaux, jamais on n'a constaté de rétrécissement du champ visuel; les réflexes tendineux sont souvent un peu exagérés; aucun trouble des fonctions organiques; les phénomènes nutritifs ne semblent d'ailleurs pas modifiés, les urines notamment ne présentent au dosage que des chiffres normaux. Troubles mentaux souvent très accentués, tristesse, dépression mentale, quelquefois idées de suicide, parfois démence complète; le début de ces troubles est en général progressif. — La durée de la chorée chronique peut être très longue, et l'on voit des malades atteints de cette affection depuis 35 et 40 ans ne mourir qu'à 70 ou 80 ans. — Le pronostic est grave au point de vue de la démence terminale et de l'incurabilité absolue; il faut encore tenir compte de ce qu'elle peut se transmettre à la descendance, avec ce correctif toutefois que si un descendant reste indemne de la maladie, les enfants issus de lui semblent en être pour toujours libérés.

Huet fait le diagnostic avec le tabes, l'ataxie héréditaire de Friedreisch, la paralysie agitante, la sclérose en plaques, la chorée de Sydenham, la chorée électrique, les chorées symptomatiques, le paramyoclonus multiplex, la maladie des tics convulsifs, la paralysie générale, l'athétose double. Pour cette dernière affection encore peu connue l'auteur entre dans des détails fort intéressants et présente avec un soin tout spécial les caractères qui permettent de la distinguer, chose parfois assez difficile, de la chorée chronique; l'un de ces caractères les plus probants serait pour la première l'existence de troubles spasmodiques très marqués pour les mouvements et la parole. Au point de vue anatomo-pathologique, en se basant sur les résultats de quelques autopsies et aussi sur ses idées théoriques, Huet pense qne les lésions de la chorée chronique sont surtout des lésions de la substance grise corticale. Les traitements divers employés jusqu'ici (bromures, chloral, antipyrine, acétalinide, suspension, etc...) n'ont donné jusqu'à présent que des améliorations transitoires quand ils en ont donné. Cet ouvrage contient près de 60 observations dont un grand nombre personnelles, prises avec beaucoup de soin; plusieurs contiennent un fac-similé de l'écriture des malades.

PIERRE MARIE.

I. — Zur Symptomatologie und Therapie des Basedow'schen Krankheit, par EULENBURG (*Berlin. kl. Woch., p.* 1, 7 *janv.* 1889).

II. — Zur Symptomatologie und Pathogenese des Morbus Basedowii, par A. HUBER (*Deutsch. med. Woch., p.* 729, *n°* 36, 1888).

III. — Ueber den Zusammenhang, etc. (Atonie partielle de l'intestin et maladie de Basedow), par FEDERN (*Soc. des méd. de Vienne,* 6 *avril* 1888).

IV. — Sur la résistance de conduction de la peau dans la maladie de Basedow, par KAHLER (*Zeitsch. f. Heilk., IX, p.* 335, *n°* 5, 1888).

V. — The pathology of the central nervous system in exophthalmic goitre, par W. Hale WHITE (*Brit. med. Journ., p.* 699, *mars* 1889).

VI. — Ein hochgradiger Fall von Morbus Basedowii, par DAUSCHER (*Wien. med. Presse, p.* 257, *n°* 7, 1889).

VII. — Des œdèmes dans la maladie de Basedow, par MILLARD (*Thèse de Paris*, 1888).

I.— *Symptômes oculaires accessoires.* Aucun d'eux n'est constant. Sur 14 cas de goitre exophtalmique, Eulenburg n'a trouvé que 6 fois, plus ou moins marqué, le signe de Graefe, défaut de consensus entre les mouvements de la paupière supérieure et les mouvements des yeux dans le plan vertical.

Le signe de Stellwag est encore moins fréquent, Eulenburg ne l'a rencontré qu'une fois sur 6 cas. Passé sous silence par Charcot, ce symptôme consiste dans la perte plus ou moins complète des clignotements palpébraux spontanés et involontaires; l'absence de nictation prédispose à la xérophtalmie.

Enfin on peut en dire autant de l'affaiblissement ou de la moindre durée des mouvements de convergence signalés par Mœbius (*R. S. M.*, XXIX, 284) ; ce trouble de la motilité s'observe d'ailleurs aussi chez les hystériques ou neurasthéniques présentant les signes de l'asthénopie nerveuse. D'autre part, on peut observer dans le goitre exophtalmique le phénomène inverse, une nictation exagérée.

Coexistence avec la maladie d'Addison. Eulenburg en rapporte un cas chez une Suissesse âgée de 26 ans, qui offrait outre le quatuor caractéristique (goitre, tachycardie, exophtalmie, tremblement) du mal de Basedow, une teinte bronzée de la face, de la nuque et des mains, et des taches bleuâtres de la cavité buccale ; l'émaciation et l'affaiblissement étaient extrêmes.

Diminution de la résistance à la conductibilité galvanique. Ce symptôme découvert par R. Vigouroux a fait l'objet d'études de Martius (*Arch. f. Psychiat.*, XVIII), de Kahler (*Zeits. f. Heilkund.*, IX, 1888) et d'Eulenburg (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1887, n° 17). Il est très fréquent dans le goitre exophthalmique ; mais il peut cependant manquer, alors même qu'il n'y a pas complication d'hystérie, contrairement à ce que soutient Vigouroux. Pour le rechercher, il convient d'employer des éléments d'une force électro-motrice peu énergique ou un petit nombre d'éléments. Il est sujet d'ailleurs à variations, suivant les phases de la maladie.

Eulenburg étudie ensuite le traitement. J. B.

II. — Il s'agit d'un cas de maladie de Basedow chez une fille de 19 ans. L'affection a débuté à la suite d'un refroidissement.

Elle se caractérise par l'exophtalmie, le gonflement du corps thyroïde, la tachycardie (128 pulsations par minute), le tremblement des extrémités et, quand la malade est debout, de tout le corps. L'auteur signale en outre les accès de fièvre répétés, la faiblesse des membres, l'hémianesthésie du côté gauche et la paralysie avec atrophie musculaire du membre supérieur gauche ; la paralysie et l'atrophie portent sur le deltoïde, les fléchisseurs et extenseurs de l'avant-bras, les éminences thénar et hypothénar, les interosseux. Rien au triceps, ni au biceps. On constate dans les muscles atrophiés la réaction de la dégénérescence.

L'auteur est disposé à attribuer cette atrophie musculaire à une lésion spinale. L. GALLIARD.

III. — Federn attire l'attention sur l'atonie partielle du gros intestin fréquente au cours de la maladie de Basedow.

En 1875, il a soulagé une femme atteinte de goitre exophtalmique en lui prescrivant le régime lacté, les irrigations intestinales et les laxatifs.

Même résultat en 1887 chez un homme de 62 ans, mais il s'agissait là d'une maladie de Basedow incomplète.

Au mois d'avril 1887, l'auteur fut appelé auprès d'une jeune fille qui avait eu plusieurs hématémèses et présentait les signes évidents de la maladie de Basedow. Il trouva la moitié gauche du colon transverse et le tiers supérieur du colon descendant vides de matières ; il prescrivit des purgatifs qui améliorèrent le malade et lui permirent d'entreprendre la cure de Reichenau. Elle revint à Vienne en septembre dans un état satisfaisant. Mais en octobre les symptômes graves reparurent : palpitations, gonflement du corps thyroïde, exophtalmie. Insuccès complet de l'hydrothérapie et des courants continus. Au bout de quelques semaines, l'auteur entreprit la faradisation des parties atones du gros intestin ; ce traitement eut un succès immédiat, on le continua, avec quelques interruptions, jusqu'à la fin de l'année 1887. A ce moment, la patiente se considérait comme guérie. Cependant il fallut reprendre encore en mai 1888 la faradisation. L. GALLIARD.

IV. — Vigouroux a dit que dans la maladie de Basedow le corps offrait une résistance au passage des courants électriques bien moindre que chez les gens bien portants. Kahler, de recherches faites tant sur l'homme que sur les animaux, conclut que d'un individu à l'autre on constate de très grandes différences à ce point de vue. La diminution de résistance observée dans la maladie de Basedow ne dépend pas d'une réaction du système vaso-moteur, mais seulement de circonstances physiques telles que l'état d'humidité de la peau sous l'influence de la sueur et surtout de la perspiration insensible. LEFLAIVE.

V. — Relation détaillée de l'autopsie d'une femme morte au cours d'un goitre exophtalmique compliqué de troubles viscéraux. Les particularités les plus intéressantes sont les suivantes :

Corps thyroïde vasculaire et congestionné, prolifération cellulaire intervésiculaire. Le ganglion cervical supérieur n'offre pas de lésions des cellules nerveuses, mais une infiltration de leucocytes. Le nerf sympathique cervical est normal. Moelle saine.

Au niveau du bulbe se voient des lésions importantes. Au-dessous de l'olive, le tissu nerveux est enflammé et infiltré de sang et de leucocytes. De nombreux foyers hémorragiques existent également au voisinage du noyau de la 6e paire et vers les corps restiformes, tout en y respectant la plupart des cellules nerveuses et les fibres du nerf facial. De petites taches sanguines remontent jusqu'à l'aqueduc de Sylvius.

Ce fait est important, en ce qu'il donne un fondement anatomique à la théorie qui fait de la maladie de Graves une affection des centres nerveux supérieurs et particulièrement du bulbe. L'auteur défend cette théorie, sans avoir l'air de connaître les nombreux travaux publiés en France sur ce sujet depuis 1877. H. R.

VI. — Le cas de Dauscher, relatif à un homme de 32 ans, se distingue par l'existence d'une exophtalmie très prononcée (l'œil droit est presque luxé) ; par la succession anormale des symptômes ; l'absence de phénomènes nerveux, tremblement, etc., enfin par la production de sueurs profuses couvrant toute la surface du corps et d'odeur très pénétrante. L. GALLIARD.

VII. — Dans le courant de la maladie de Basedow, on peut observer des œdèmes : 1° d'origine dyscrasique ; 2° d'origine cardiaque ; 3° d'origine nerveuse. Il est souvent fort difficile de dire exactement à quelle variété d'œdème on a affaire ; car les conditions dans lesquelles ceux-ci surviennent sont presque toujours complexes. C'est bien plus sur l'ensemble des troubles présentés par le malade du côté du cœur ou du côté du

système nerveux qu'on devra se baser pour faire le diagnostic étiologique de ces œdèmes. L'auteur insiste sur un œdème particulier déjà signalé par Parinaud et qui occupe la moitié de la paupière supérieure située au-dessus de la portion tarsienne. Cet œdème serait, d'après lui, de même origine que celui du fond de l'orbite signalé par divers observateurs dans cette maladie. C. GIRAUDEAU.

I. — Ueber die Ætiologie der Pericarditis, par BANTI (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 897, *n°* 44, 1888).

II. — Sulle varie linee di diffusione del rumore d'insuffisienza aortica, etc., par GROCCO (*Arch. italian Riv. clin. di med.*, *août* 1888).

III.— Darlegung der Hauptbedingung für die Ueber anstrengung des Herzens (D'une condition indispensable de surmenage cardiaque), par Julius SOMMERBRODT (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 85, 4 *février* 1889).

IV. — Zur Kenntniss der Herzneurosen (Névroses cardiaques), par HONIGMANN (*Deutsch. med. Woch.*, *p.* 918, *n°* 45, 1888).

V. — Ueber das Wanderherz (Le cœur mobile), par RUMPF (*Ver. d. VII. Congress innere medic. zu Wiesbaden*, *p.* 221, 1888).

I. — Banti publie 3 cas de péricardite dont le premier appartient à la catégorie des péricardites non infectieuses, complication survenue dans le cours d'une néphrite chronique ne fournissant aucun résultat à l'examen bactériologique.

Les deux autres sont au contraire des péricardites infectieuses, secondaires à la pneumonie ; mais leurs origines sont distinctes. Dans l'une on trouve le diplococcus pneumoniæ de Frænkel, il n'y a donc là qu'une localisation spéciale du poison pneumonique. Dans l'autre, le diplococcus est absent, mais on découvre le staphylococcus pyogenes aureus et le staphylococcus albus ; ces deux microbes existent également dans le foyer pneumonique à côté du diplococcus. La péricardite est donc due à une infection accessoire, superposée à la première et développée dans le poumon. Du reste, la plèvre gauche contient également un liquide où se retrouvent les staphylococci et où le diplococcus fait défaut.

L. GALLIARD.

II. — On sait que les bruits aortiques, et en particulier les souffles d'insuffisance, ont un siège très variable, et que leur propagation se fait dans des sens assez différents. Ces modifications s'expliquent par la localisation précise et la forme de l'insuffisance. Dans un cas observé par l'auteur, le bruit d'insuffisance s'entendait depuis le foyer aortique jusque vers la gauche, en avant du plan axillaire, en suivant le 4e espace intercostal. On trouva à l'autopsie une lésion de la valvule semi-lunaire située en arrière et à gauche, de telle sorte que le reflux du sang se faisait à la fois en bas et en dehors.

Ces bruits doivent être distingués des bruits mitraux. A. SIREDEY.

III. — Le développement d'affections cardiaques à la suite de travaux pénibles ou de fatigues signalé d'abord par Peacock en 1865 pour les mineurs du Cornouailles a été mis hors de doute par les observations d'Albutt, de Myers, de da Costa (*R. S. M.*, V, 149), de Seitz (*R. S. M.*, III, 592), de Fraentzel (*R. S. M.*, II, 142, et IV, 709), de Münsinger

(*Deutsch. Arch. f. klin. Med.,* IX, 1877), de Leyden (*R. S. M.*, XXIX, 519), etc.

Mais il est certain, d'autre part, que le chiffre des maladiès du cœur ayant cette origine est faible relativement au nombre des individus qui se surmènent physiquement. Comment expliquer cette immunité de l'organe central de la circulation ou au contraire sa vulnérabilité ?

Tout travail musculaire exagéré élève la pression du sang dans le système artériel, et par conséquent rend plus malaisée la tâche du cœur. Ce n'est pas, comme le croyait Traube, la compression des capillaires dans les muscles contractés qui amène cette élévation de pression artérielle, car Oertel a montré qu'elle persiste encore longtemps après la fin du travail.

D'autre part, tout travail des muscles diminue la proportion d'oxygène et accroît celle de l'acide carbonique du sang. Cet accroissement de la quantité d'acide carbonique réagit sur les centres nerveux respiratoires, de façon que la respiration, en même temps qu'elle s'accélère, devient plus profonde. Or, des mouvements respiratoires à la fois fréquents et profonds ont toujours pour résultat d'augmenter la pression intra-bronchique.

Mais Sommerbrodt (*R. S. M.*, XIX, 25) a démontré que toute augmentation de la pression intra-bronchique excite les nerfs sensitifs du poumon. Ces nerfs agissent, dans un sens dépresseur, par action réflexe, sur les nerfs vaso-moteurs, produisent un relâchement des parois vasculaires qui diminue la pression du sang dans le système artériel.

Ainsi entre en jeu un instrument compensateur de l'élévation de pression artérielle constante à la suite des violents efforts musculaires. Selon que le dispositif de compensation fonctionne ou non, le cœur résiste ou est forcé.

Chez les vieillards, l'artériosclérose s'oppose au relâchement des parois vasculaires.

Chez tous les autres individus atteints de maladies du cœur par surmenage, c'est l'attitude nécessitée par les efforts qui les a empêchés de faire des mouvements respiratoires profonds, condition indispensable à la production du relâchement des parois vasculaires. J. B.

IV. — Il s'agit d'un cas de tachycardie paroxystique liée à des troubles respiratoires chez un sujet atteint d'insuffisance mitrale :

Homme de 31 ans, ayant eu à 23 ans du rhumatisme articulaire aigu et souffrant dès lors de violentes palpitations avec dyspnée et sensation de constriction thoracique revenant toutes les semaines. Cœur hypertrophié ; souffle systolique à la pointe ; pas d'arythmie ; pas de signe pulmonaire.

Ces signes ayant été constatés le jour de l'admission à la clinique de Riegel, on revient auprès du malade au bout d'une heure. A ce moment la physionomie a complètement changé ; cyanose, accélération du pouls, 160 battements par minute, pouls petit, dépressible. Le lendemain, dyspnée, pouls à peine comptable, 210 pulsations, douleur à la région du cœur, cyanose, refroidissement des extrémités. Avant la nuit, le pouls se ralentit, tombe à 150.

Ce jour-là et le troisième jour, le malade prend 50 centigrammes de poudre de digitale : le pouls redevient normal, oscille entre 68 et 96 d'habitude, mais parfois, pendant une ou deux heures, on compte 150 à 164 pulsations. Les accès surviennent brusquement et cessent de même ; parfois on peut les

interrompre en comprimant le pneumogastrique droit, et immédiatement le sujet a une sensation de chaleur à la tête. Pour ce qui concerne les poumons, il se produit une sorte de ballonnement aigu; on remarque que, pendant les accès, la limite inférieure s'abaisse au niveau de la cinquième côte à gauche, de la septième à droite, sur la ligne mamelonnaire; il y a donc abaissement du diaphragme pendant les accès. Pas de toux, pas de bronchite, pas de raucité de la voix, pas de signe gastrique.

Le sujet est observé pendant 15 jours. Au début, l'état semble amélioré par la digitale, puis le médicament devient inefficace. Le patient apprend à se comprimer le nerf vague du côté droit pour arrêter ou diminuer les accès, mais ce moyen ne réussit pas toujours. La caféine, le strophantus sont sans effet. Le malade demande à retourner dans sa famille. L. GALLIARD.

V. — Rumpf a observé 5 fois le cœur mobile; 3 fois après une cure contre l'obésité; une fois après un amaigrissement considérable de cause nerveuse, une fois sans cause connue. Dans la station debout, le décubitus dorsal, rien de particulier. L'anomalie apparaît dans le décubitus latéral gauche; la matité du cœur devient alors triangulaire; un angle se trouve au niveau du bord du sternum à la hauteur du troisième espace intercostal, un second angle dans le cinquième espace, au niveau de la ligne axillaire (pointe du cœur). En dedans, immédiatement contre le sternum, on constatait une zone sonore. Dans le décubitus latéral droit, la matité absolue du cœur cessait d'être perçue du côté gauche du sternum, et on constatait à droite une zone mate allant du quatrième espace intercostal à la sixième côte. Le choc de la pointe du cœur se percevait alors dans le sixième espace intercostal à gauche du sternum. Dans le décubitus latéral, les malades accusaient du malaise, de l'angoisse précordiale. Il y avait une augmentation du nombre des pulsations. Dans le décubitus dorsal, le malaise était moindre, et le sommeil devenait possible. Les malades étaient déprimés. L'auteur attribue à l'amaigrissement rapide la mobilité anormale du cœur. A. M.

The mortality of acute lobar pneumonia, par C. W. TOWSEND et A. COOLIDGE (*Med. News*, 27 *juillet* 1889).

Les auteurs ont relevé la statistique des pneumonies traitées à l'hôpital de Massachussets de 1821 à 1889. Ils comparent cette statistique à d'autres antérieures. Osler (*University med. magaz.*, novembre 1888), trouve sur 704 cas traités à Pennsylvania hospital 29,1 0/0 de morts; sur 1,012 cas à Montreal hospital, 20,4 0/0; sur 3,969 cas à New Orleans hospital, 38,01 0/0.

Townsend et Coolidge trouvent sur 1,000 cas de pneumonie traités à Massachussets hospital (1822 à 1889) 25 0/0 de mortalité. Ils relèvent pour chaque période le taux de mortalité, énumèrent les causes des décès, les méthodes de traitement, etc. A. C.

I. — Observations on the etiology of pneumonia, par Th. DARLINGTON (*New York med. Rec.*, *p.* 672, 8 *décembre* 1888).

II. — Ueber die rheumatische Pneumonie, par Raphael HIRSCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 52, *p.* 1048, 24 *décembre* 1888).

III. — De la pneumonie abortive chez le vieillard, par BERNHEIM et PARISOT (*Revue méd. de l'Est*, *p.* 129, 1889).

IV. — Emphysème sous-cutané au cours d'une pneumonie franche, par HUCHARD (*Soc. méd. des hôpit.*, 2 *mars* 1889).

V. — Des paralysies pneumoniques, par B.-H. STÉPHAN (*Revue de méd.*, 10 *janvier* 1889).

VI. — La pleurésie avec épanchement dans la pneumonie, par P. BARBANTI (*La Riforma medica*, 24 *décembre* 1888).

I. — Darlington, durant l'hiver de 1886, a observé 150 cas de pneumonie chez les terrassiers du nouvel aqueduc de Croton.

Il incrimine comme cause première la mauvaise ventilation du tunnel; 2° la fumée des lampes à huile de kérosène ; 3° la fine poussière de quartz pulvérisé ; 4° l'eau filtrant par les crevasses et tombant sur la tête, les épaules et la poitrine des ouvriers ; 5° les gaz développés par l'emploi de la dynamite ; 6° la transition brusque de la chaleur (55 à 70° Fahr. dans le tunnel) au froid extérieur, fréquemment à 15° F.

Il signale une épidémie dans une pièce n'ayant que deux fenêtres et servant de dortoir à quatre-vingts hommes, quarante de jour et quarante de nuit. Il y régnait une odeur de « ménagerie ». Les lavages désinfectants et la ventilation arrêtèrent cette épidémie. P. DUFLOCQ.

II. — La pneumonie rhumatismale est moins rare qu'on ne croit, mais elle passe souvent inaperçue parce qu'elle peut présenter le même caractère de fugacité qu'on observe parfois dans les manifestations articulaires. Hirsch voit dans le fait suivant un exemple de rhumatisme articulaire aigu débutant par les poumons, qui ont été la porte d'entrée du virus infectieux. C'est le poumon droit qui a été atteint, parce que la présence d'une induration au sommet le rendait moins résistant ; cette altération jouant ici le même rôle qu'un traumatisme pour une jointure.

Homme de 23 ans. Début le 16 janvier par des frissonnements répétés et des douleurs dans le côté droit ; 39°,6, 102 pulsations, 23 respirations. En outre, d'une légère induration du sommet du poumon droit, on constate au niveau du lobe inférieur de ce poumon, de la submatité, des râles crépitants et une exagération des vibrations. Diagnostic de pneumonie à la première période.

Le lendemain, pas encore d'expectoration, 38°,9. Les douleurs du côté droit sont plus intenses et se sont déplacées vers le rachis. La percussion et l'auscultation de la base du poumon droit sont complètement négatives. La colonne dorso-lombaire et les muscles lombaires droits sont sensibles à la pression. Le surlendemain vives douleurs dans les articulations de la nuque et de l'épaule gauche.

Les jours suivants, le rhumatisme aigu atteint successivement presque toutes les jointures, en respectant le cœur. J. B.

III. — La pneumonie des vieillards peut être abortive. Ses symptômes sont alors bénins dans leur ensemble, mais ne diffèrent pas essentiellement de ceux de la pneumonie ordinaire ; la température peut atteindre et dépasser 40° bien que le plus souvent elle se maintienne au-dessous de 39°,5 ; le mode de défervescence n'a rien de spécial. Ni les signes du début, ni le siège des lésions ne peuvent faire prévoir que la maladie sera abortive. Cette forme peut se rencontrer chez des individus très débilités et même rendus cachectiques par une autre maladie ; elle peut

présenter des rechutes également abortives. La durée, qui seule est caractéristique, a varié de 12 heures à 3 jours. LEFLAIVE.

IV. — Chez un enfant de cinq ans, Huchard constata, le 5 mars, à la base du poumon gauche l'existence d'un point limité de congestion ; l'enfant toussait très peu ; le lendemain l'enfant présentait une vive dyspnée avec cyanose et emphysème sous-cutané sur le cou et la poitrine jusqu'au mamelon ; dans le côté gauche de la poitrine sonorité exagérée en avant et en arrière sauf à la base ; le 7 mars, l'emphysème envahissait la face et le tronc jusqu'à l'épigastre ; en même temps on constatait de fortes oscillations thermiques de 37°,5 à 40°, sans que rien dans la therapeutique l'expliquât; on sut alors que l'année précédente l'enfant avait contracté la fièvre intermittente qu'avait coupé la quinine. L'enfant passa par des crises variées et fort graves; le souffle pneumonique se montrant tantôt à droite, tantôt à gauche. La fièvre ne disparut que le 19 mars, l'emphysème le 26. H. L.

V. — Ce mémoire est basé sur deux observations d'hémiplégie survenue chez des malades atteints de pneumonie. L'un deux guérit et de sa pneumonie et de son hémiplégie, l'autre succomba au neuvième jour de l'affection.

L'auteur croit que ces paralysies pneumoniques doivent être subdivisées en deux groupes principaux : dans le premier on fera entrer tous les cas de troubles de la motilité reconnaissant pour cause une méningite (cérébrale, spinale ou cérébro-spinale), dans le second on rangera tous ceux qui ne s'accompagnent pas de lésion matérielle, grossière, organique. Pour les cas de la première catégorie on admet généralement une localisation extra-pulmonaire du pneumocoque. Pour les observations de la seconde catégorie, l'auteur croit que l'infection pneumonique a déterminé soit directement, soit par l'intermédiaire des vaisseaux cérébro-spinaux, des troubles dyscrasiques, dynamiques, fonctionnels dans les centres nerveux ou dans les nerfs. C. GIRAUDEAU.

VI. — Barbanti rapporte cinq observations de pleurésie avec épanchement dans le cours de la pneumonie : l'épanchement peu abondant était tantôt jaune citrin, tantôt trouble ou même purulent avec des flocons de fibrine; dans 3 cas, mort, dont une fois à la suite de la thoracotomie. Barbanti conclut que toutes les fois que, dans une pneumonie qui n'est pas très étendue et où on ne peut admettre l'obturation d'une bronche, les vibrations vocales sont diminuées, on doit faire la ponction exploratrice ; la présence du liquide explique les signes physiques observés : diminution des vibrations, caractère affaibli du souffle bronchique.

GEORGES THIBIERGE.

Abcès du poumon d'origine broncho-pneumonique chez l'adulte, par L. BOUVERET
(*Lyon méd.*, 7 *juillet* 1889).

La bronchite épidémique peut assez souvent, chez l'adulte, être suivie de broncho-pneumonie, se terminant par des abcès multiples dans un ou les deux poumons. En trois ans, Bouveret a recueilli 4 observations terminées par la mort. Dans un cas où l'affection avait duré près de trois mois, les foyers de suppuration s'étaient collectés et avaient formé un gros abcès à la base du poumon, abcès qu'on aurait peut-être pu guérir au moyen d'une intervention chirurgicale. Bouveret discute l'origine broncho-pneumonique de ces abcès en montrant qu'il n'y a eu ni

pneumonie lobaire, ni gangrène et montre la difficulté du diagnostic de ces abcès, en général petits, multiples et disséminés. A. CARTAZ.

I. — Note sur un cas d'empyème pulsatile, par MILLARD (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 *juin* 1889).

II. — Épanchement purulent fétide ; empyème ; guérison, par VERGELY (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 *janvier* 1889).

III. — Pleurésie d'emblée suppurative. Intervention hâtive. Guérison, par CHAVANIS (*La Loire médic.*, 15 *juillet* 1889).

IV. — Discussion de la Société médicale de Berlin sur le traitement de la pleurésie purulente (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 9, *p.* 187 *et* 189, 4 *mars* 1889).

I. — Il s'agit d'un homme de 36 ans, de souche tuberculeuse, sujet depuis plusieurs années à des bronchites et à des congestions; en mai 1887 il eut une pleurésie gauche suivie peu après d'un pneumothorax indiscutable; il put reprendre à peu près ses occupations quand, en décembre, après une course, il fut pris d'une dyspnée subite avec retour des signes du pneumothorax; il dut alors garder le lit. Au mois de juillet 1888, on vit paraître en bas et en arrière du dos, à gauche de la colonne vertébrale, une tumeur au niveau des dernières côtes; elle grossit rapidement et présenta bientôt des battements forts et isochrones avec les pulsations du cœur. Le 10 août, une première ponction donna issue à 3 litres 1/2 de pus crémeux; la tumeur s'affaissa et les battements disparurent. Du 28 août au 22 septembre on fit cinq ponctions de 1,500 grammes chaque environ suivies de l'injection d'une dose croissante de teinture d'iode iodurée. Après une amélioration notable, le malade fut pris d'une pleurésie sèche à droite; tandis que, après une septième ponction, se reproduisaient les signes du pneumothorax; la neuvième côte gauche était épaisse et douloureuse. Peyrot pratiqua la résection. Il tira 3 litres de pus roux fétide; le malade mourut peu après emporté par la fièvre hectique. L'autopsie ne put être faite. H. L.

II. — Homme de 40 ans, présentant depuis une année des signes d'épanchement pleural. En juin 1888, on constate, en effet, dans le côté droit du thorax, un épanchement purulent abondant, qui nécessite une ponction d'urgence; elle donne issue à 1,500 grammes d'un liquide purulent très fétide; injection phéniquée à 2 0/0. Le liquide s'étant reproduit, on pratique l'empyème dans le cinquième espace intercostal, siège de la ponction, puis des lavages antiseptiques et le drainage. Guérison complète en cinq mois.

OZENNE.

III. — Femme, enceinte de quatre mois, atteinte de pneumonie gauche qui se complique, le cinquième jour, d'un épanchement pleurétique; le lendemain avortement, traité antiseptiquement et sans complications utérines ou péri-utérines. Le 9ᵉ jour de la maladie apparaissent des phénomènes d'oppression considérable, due à l'augmentation de l'épanchement pleurétique. Une ponction retire trois quarts d'un litre de pus et n'amène que peu de soulagement. La pleurotomie, devenue nécessaire, est pratiquée cinq jours plus tard entre la 8ᵉ et la 9ᵉ côte. Drainage et lavage de la cavité à l'eau bouillie. Pansement antiseptique. Dans les jours suivants, deux autres lavages sont faits, suivis d'une irrigation avec la solution au chlorure de zinc à 3 0/0. Guérison en un mois. Un épanchement pleurétique s'était également montré à droite, mais il avait spontanément disparu. Dans ce fait de pleurésie suppurative d'emblée, Chavanne incrimine la grossesse comme la cause de la suppuration. OZENNE.

IV. — Eugène Hahn avait pratiqué, dès 1880, dans sa clientèle privée, 22 empyèmes avec résection costale; un seul des opérés a succombé.

Depuis lors, il a fait, à l'hôpital de Friedrichshain, 107 opérations semblables dont 39 suivies de décès. On voit combien sont différentes les conditions dans la pratique particulière et dans la pratique hospitalière.

Lewinski, dans tous les cas d'épanchement invétéré où le poumon et la cage thoracique ont perdu leur rétractilité, est d'avis de pratiquer la résection des côtes inférieures sur lesquelles s'insère le diaphragme. En procédant de cette façon, on favorise considérablement le rétrécissement de la cavité pleurale, puisque, au fur et à mesure de l'affaissement des parois costales, le sommet du diaphragme s'élève dans la cage thoracique.

P. Guttmann a fait une trentaine d'empyèmes, la moitié sans résection costale, mais toujours suivis de lavages. J. B.

Beitrag zur Casuistik der Impftuberculose beim Menschen (Tuberculose inoculée chez l'homme), par GERBER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 322, 1889).

L'auteur publie sa propre observation.

En faisant une autopsie de tuberculeux avec poumons très infiltrés, en novembre 1887, il se pique au petit doigt de la main gauche; la plaie est lavée avec une solution phéniquée. Pendant la nuit, douleur, gonflement du doigt, fièvre. Le lendemain matin, ouverture de la plaie, lavages. Le jour suivant, les phénomènes inflammatoires disparaissent.

Cependant la plaie ne guérit pas. A la place se forme un nodule gros comme un noyau de cerise, douloureux, dont s'échappe de temps en temps du pus. Au mois de mars 1888 on l'excise; pansement iodoformé.

Bientôt on constate de l'engorgement des ganglions axillaires et même sous-claviculaire ; pendant 7 semaines, sorte d'état typhique, puis les ganglions axillaires redeviennent douloureux. Ces ganglions, considérés comme tuberculeux, sont extirpés par Mikulicz le 5 juin. Au microscope, cellules géantes et bacilles. Pansement à l'iodoforme, guérison en 4 semaines. Pas d'autre manifestation tuberculeuse; l'état général s'améliore rapidement après l'opération. La plaie axillaire est complètement cicatrisée. L. GALLIARD.

The relations of the tubercle bacillus to the early diagnosis and to the prognosis of phthisis, par J. West ROOSEVELT (*N. York Acad. of med.*, *2 mai* 1889).

Ce travail, qui a été le sujet d'intéressantes discussions à l'Académie, peut se résumer ainsi : le bacille a pour le diagnostic une valeur positive, mais pas de valeur négative, son absence n'impliquant pas la non-existence de la phtisie.

Au point de vue du pronostic, sa valeur est médiocre. Pour établir la marche et le pronostic de la maladie, il faut tenir compte surtout des signes cliniques : le bacille ne fournit qu'une chose, la preuve indiscutable de la tuberculose. A. C.

Sur les manifestations rénales de la grippe, par FIESSINGER (*Gaz. méd. de Paris*, 1er *juin* 1889).

Fiessinger cite plusieurs observations montrant que le rein, dans la grippe, peut subir des altérations diverses.

Chez un jeune homme de 16 ans, malade depuis 8 jours, il relève de la

diarrhée et les signes ordinaires d'une néphrite aiguë hémorragique, qui guérit en une semaine.

Dans un deuxième cas, c'est une fillette de 3 ans, qui, le 23e jour d'une grippe, est atteinte d'un mal de Bright aigu, dont la durée est de 18 jours. Enfin chez un autre enfant de 8 ans, la même complication est observée au début de la grippe; les accidents rénaux ne persistent que 10 jours. OZENNE.

Zur Kenntniss der Magenverdauung bei Phthisikern (Digestion gastrique des phtisiques), par HILDEBRAND (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, *p.* 292, 1889).

L'auteur a examiné le contenu de l'estomac chez des tuberculeux, qu'il a divisés, d'après la marche de la fièvre, en trois catégories :

Dans le premier groupe, phtisiques ayant une température normale ou presque normale, ne dépassant pas 37°,8 le soir. Ici l'acide chlorhydrique libre n'a jamais manqué.

Dans le second groupe, phtisiques ayant une fièvre continuelle : matin 38°, soir température variant de 38°,5 à 40°,4. Jamais d'acide chlorhydrique.

Dans le troisième groupe, phtisiques ayant des températures variables, le soir une fièvre modérée, le matin pas de fièvre en général. Ici résultats variables : tantôt on a trouvé de l'acide chlorhydrique, tantôt rien. L'auteur note que l'absence d'acide coïncide avec l'élévation de la température. L'examen est fait après le repas d'épreuve de midi. Les jours où on constate très nettement la présence de l'acide, la température du soir ne dépasse pas 37°,8. Quand on trouve seulement des traces, la température du soir s'élève à 38°,2 ou 38°,3. Les jours où la fièvre doit être plus intense le soir (38°,50 et 38°,7), l'acide chlorhydrique manque totalement. Il y a peu d'exceptions à cette règle.

Les variations de l'acide sont-elles dues seulement aux oscillations de la température ou plutôt aux exacerbations de la maladie elle-même? Pour répondre à cette question l'auteur a abaissé la température au moyen de l'antipyrine. Chez deux sujets, qui avaient 38° ou davantage le soir et qui fournissaient des résultats négatifs, des doses de 2 grammes d'antipyrine répétées pendant 3 jours ont maintenu la température aux environs de 37° et, le 4e jour, on a noté l'apparition de l'acide chlorhydrique libre. Après cessation du traitement, retour de la fièvre, disparition de l'acide.

Dans tous les cas où était signalé l'acide libre, la digestion était normale même avec un appétit défectueux ; dans les autres cas le suc gastrique n'opérait que très lentement, et parfois la digestion n'était pas terminée en 24 heures.

La présence de l'acide est désirable aussi chez les phtisiques à cause de son action parasiticide; il peut détruire les bacilles et s'opposer à la production de l'entérite tuberculeuse, comme l'admet G. Sée.

Conséquence pratique : pour assurer la nutrition des phtisiques il faut combattre chez eux la fièvre, empêcher la température de dépasser 37°,8, car au delà de ce degré l'acide chlorhydrique libre disparaît. Quand on a constaté l'acide on peut conseiller, même si l'appétit est défectueux, l'alimentation forcée. L. GALLIARD.

I. — Acute dilatation of the stomach, par HUNTER (*New York med. Rec., p.* 273, 9 *mars* 1889).

II. — Beitrag zur Œtiologie der Magenerweiterungen (Étiologie des dilatations de l'estomac), par Otto PERTIK (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., CXIV, Heft* 3).

III. — Ulcus Ventriculi, par EISENLOHR (*Soc. méd. de Hambourg,* 15 *mai* 1888).

IV. — Ueber einen von einem Ulcus rotundum, etc. (Association d'un ulcère simple de l'estomac avec un cancer des ligaments gastro-coliques et gastro-spléniques), par DUTOIT (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p.* 18, 1er *janvier* 1889).

V. — Contribution à l'étude du cancer latent de l'estomac, par GOURMAUD (*Thèse de Bordeaux, n°* 4, 1888-89).

VI. — Note sur un cas de carcinose généralisée secondaire à un cancer de l'estomac, par Ch. FERNET (*France médicale,* 29 *septembre* 1888).

VII. — Ueber atrophische Processe, etc. (Atrophie de la muqueuse gastrique, primitive ou secondaire au cancer de l'estomac), par Theodor ROSENHEIM (*Berlin. klin. Woch., p.* 1021, 3 *décembre* 1888).

VIII. — Dyspeptic Dyspnœa, par KATZENBACH (*N. York med. Journ., p.* 709, 29 *décembre* 1888).

IX. — Ueber die Dyspepsie der Phthisiker, par G. KLEMPERER (*Berlin. klin. Woch., p.* 221, 8 *mars* 1889).

X. — L'urée et les néoplasmes abdominaux, par TÉDENAT (*Gaz. hebd. de Montpellier, n°* 26, 1888).

XI. — Diagnostic différentiel du cancer et de l'ulcère de l'estomac par le dosage de l'urée, par RAUZIER (*Ibid., février* 1889).

XII. — Die Verdickung, etc. (Neutralisation de l'acide chlorhydrique du suc gastrique par les substances albuminoïdes), par F. MORITZ (*Deutsch. Arch. f. klin, Med., Band XLIV, p.* 277).

XIII. — De l'utilité de la dialyse dans la recherche de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, par L. BORDONI (*La Riforma medica,* 4 *mars* 1889).

I. — Dans une ovariotomie, l'auteur constate le volume normal de l'estomac. Dix jours après, la dilatation de l'organe est appréciable. Après la mort on constate que l'estomac remplit toute la cavité abdominale. P. DUFLOCQ.

II. — Il s'agit, dans le cas de Pertik, d'une dilatation de l'estomac, de la première portion et d'une partie de la deuxième portion du duodénum chez un sujet de 45 ans. L'extrémité inférieure de la dilatation donne accès dans une fente conduisant dans une poche longue de 8 centimètres et large de 3 centimètres, et dont le fond se termine en cul-de-sac. Aussi bien la face externe que la face interne de cette poche est revêtue d'épithélium cylindrique, ce qui indique qu'elle est constituée par un repli de la muqueuse intestinale, au centre duquel se trouve une lamelle de tissu conjonctif lâche. Elle présente un bord libre, antérieur, et un bord adhérent à la paroi postérieure du duodénum. Il résulte de cette conformation que le chyme en quittant l'estomac s'engageait dans le diverticule et éprouvait un retard notable dans sa progression. C'est là ce qui dut amener la dilatation de toutes les portions supérieures de l'intestin et de l'estomac, puisque les parties situées au-dessous du diverticule avaient leur calibre normal. Ajoutons que le canal cholédoque s'ouvrait vers le milieu du bord libre de la poche.

L'auteur explique la production de ce diverticule de la façon suivante : il a dû exister, à ce niveau et dans les premiers stades du développement, une valvule connivente de forme semi-lunaire ; par l'arrivée du chyme, celle-ci s'est dilatée et allongée en cul-de-sac pour prendre enfin une configuration en doigt de gant, qui a fini par se dilater considérablement. ED. RETTERER.

III. — Le cas d'Eisenlohr se fait remarquer par des névralgies violentes sur le trajet des 8e, 9e et 10e nerfs intercostaux du côté gauche, névralgies dont on a trouvé l'explication anatomique. Il existait à la paroi antérieure de l'estomac une perte de substance de 8 centimètres carrés, comblée en partie par l'extrémité antérieure des 8e et 9e côtes usées et décalcifiées ; de sorte que les nerfs correspondants étaient intéressés par le processus ulcératif. Le microscope y montrait, dans ces régions, une dégénération avancée de la myéline sous forme de blocs fusiformes et de détritus finement granuleux. Mais en dehors du domaine de l'ulcère, du côté de la moelle, les troncs nerveux étaient sains.

Une seconde ulcération gastrique avait ouvert l'artère splénique et déterminé une hématémèse terminale. L. GALLIARD.

IV. — Dittrich, sur 160 cas de cancer de l'estomac, en trouva 8 où le cancer de la muqueuse avait eu pour point de départ un ulcère rond, mais il n'en cite aucun où un ulcère simple de l'estomac ait donné lieu à un squirrhe des replis péritonéaux voisins :

Domestique âgée de 64 ans ; depuis 1883, elle a été traitée presque chaque année, durant quelques semaines, pour des troubles dyspeptiques, consistant en inappétence, douleurs épigastriques, etc. Jamais de vomissements.

A la fin de juillet dernier, réapparition des mêmes accidents qui, cette fois, résistent au traitement. L'amaigrissement et l'affaiblissement sont de plus en plus prononcés. Œdème des pieds, bien que les urines soient normales. Pas de tumeur appréciable.

Dans la dernière quinzaine de vie, phénomènes d'étranglement interne incomplet.

Mort dans le marasme le 12 novembre.

Autopsie : ulcère non cicatrisé, de l'étendue d'un écu de 5 francs à l'endroit où le fond de l'estomac se continue avec la grande courbure. Le reste de la muqueuse est normal.

Les téguments gastro-colique et gastro-splénique offrent une infiltration squirrheuse diffuse, très dure. La rate se trouve ainsi accolée à l'estomac et les mouvements normaux du colon transverse sont entravés.

Tous les autres organes sont sains, de même que les ganglions lymphatiques. J. B.

V. — Parmi les signes qui peuvent trahir au début le cancer latent de l'estomac, Gourmaud en signale deux dont il donne des observations, c'est le hoquet et le développement précoce d'un cancer secondaire de l'ombilic.

Dans l'observation, un homme a présenté pendant trois mois, avant tout autre symptôme, du hoquet qui survenait après l'ingestion des aliments. Puis se sont montrés tous les symptômes du cancer de l'estomac, qui se sont terminés par la mort. Il n'y a pas eu d'autopsie. Dans trois observations, l'apparition d'une tumeur de l'ombilic a permis de faire le diagnostic du cancer gastrique. WILLIAM DUBREUILH.

VI. — Un mécanicien, âgé de 49 ans, reçoit en mars 1888, sur l'épigastre, un coup violent suivi d'une hématémèse abondante, et rentre à plusieurs reprises à l'hôpital Beaujon avec des symptômes rappelant bien plus ceux de l'ulcère simple que du cancer de l'estomac.

Au mois de septembre, il revint avec sept petites tumeurs sous la peau de l'abdomen ; d'autres sont disséminées en divers points du dos et de la poitrine. Ces tumeurs, grosses comme une lentille ou comme un petit pois, sont dures, lisses à leur surface, bien limitées, à contour net, et indolentes. La plupart roulent sous le doigt et ne paraissent pas adhérer aux muscles sousjacents ; quelques-unes seulement paraissent enchâssées dans la partie profonde du derme, d'autres dans les muscles de la paroi abdominale.

Le malade se cachectise rapidement et meurt le 19 octobre 1888.

A l'autopsie, squirrhe de l'estomac occupant la totalité de l'organe, à l'exception des deux orifices, qui sont respectés.

Epiploon gastro-hépatique et enveloppe cellulo-graisseuse des reins infiltrés.

Reins intacts ; petits noyaux cancéreux à la face interne du bassinet de l'un d'eux.

Nodules cancéreux dans le péricarde, qui est adhérent au cœur par une symphise remplie de noyaux cancéreux disséminés.

Les nodosités sous-cutanées, examinées pendant la vie au microscope avaient été reconnues de nature cancéreuse.

Rien au foie, rien aux poumons, rien aux plèvres. E. DESCHAMPS.

VII. — Rosenheim a examiné la composition du suc gastrique dans 16 cas de cancer de l'estomac. 14 d'entre eux ne présentèrent jamais d'acide chlorhydrique libre, en pleine digestion ; un en présenta passagèrement, tandis que, dans le dernier cas, non seulement il existait presque constamment de l'acide chlorhydrique libre, mais de plus de la suracidité et de l'hypersécrétion.

Dans ce dernier cas seulement, la muqueuse gastrique était intacte à l'autopsie. Dans tous les autres, elle offrait des lésions soit d'inflammation catarrhale, soit d'inflammation interstitielle, soit, dans les cas les plus intenses, d'atrophie vraie.

Rosenheim en conclut, avec Ewald et Krukenberg, que l'absence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique tient non pas à l'affection cancéreuse elle-même, mais aux lésions atrophiques de la muqueuse qui la compliquent souvent, mais qui peuvent rester indépendantes. J. B.

VIII. — La dyspnée dyspeptique est caractérisée par une sensation de poids sur la poitrine, un grand besoin d'air, que peuvent modifier un exercice corporel, une distraction. Elle survient après le repas et peut durer une partie du jour ou de la nuit. La forme la plus alarmante est celle des accès exclusivement nocturnes, c'est aussi la plus rare, l'auteur n'en connaît que quelques exemples. Elle est assez grave pour être confondue avec la dyspnée urémique. En voici un bel exemple :

Un négociant de 52 ans se plaint de dyspnée depuis 5 ans. Pas de vertige, ni de céphalalgie; l'appétit est bon, les selles sont normales, mais il y a de la flatulence après les repas et une sensation de brûlure aux mains et aux pieds. Pas d'antécédents de famille ni personnels.

La dyspnée se manifeste de la façon suivante : assis ou couché, il éprouve le désir de faire une grande inspiration, mais il ne peut y parvenir; parfois il prend un grand élan et sent alors que l'air pénètre dans les bronches. La dyspnée dure quelques jours, puis manque un ou deux jours ; elle fait défaut quand le sujet est très occupé. Souvent elle le réveille la nuit. On ne constate rien d'anormal aux poumons ni au cœur. Pas de tympanisme abdominal. Pas d'albumine ni de sucre dans l'urine.

On traite l'estomac par le bicarbonate de soude, la magnésie, le charbon, etc.

Au bout de trois semaines, amélioration notable, la flatulence diminue.

Un mois plus tard, la dyspepsie a disparu presque complètement, la dyspnée cesse. L. GALLIARD.

IX. — Les recherches de Klemperer ont porté sur 14 phtisiques à différents stades.

Chez les phtisiques atteints de dyspepsie, on constate un affaiblissement des fonctions motrices de l'estomac, peu marqué au stade initial, mais très accusé à la dernière période de la maladie. Au début de la phtisie, la quantité d'acide chlorhydrique du suc gastrique est le plus fréquemment accrue, souvent elle est normale et rarement elle est diminuée. A la période terminale, au contraire, la sécrétion acide est considérablement amoindrie.

En résumé, la dyspepsie des phtisiques dépend d'un catarrhe chronique de l'estomac qui débute par un affaiblissement des fonctions motrices, les sécrétions restent d'abord normales; puis il survient de la suracidité, et finalement la sécrétion acide se tarit en même temps que l'estomac se dilate.

Il n'y a rien là d'absolument caractéristique pour la tuberculose, et les examens histologiques de Marfan (*R. S. M.*, XXX, 159) montrent en effet qu'il s'agit d'une gastrite chronique ordinaire.

Quant à la lésion spécifique de l'estomac à l'ulcère tuberculeux, c'est un phénomène des plus rares. La littérature n'en renferme que 12 cas dont 5 seulement sans tuberculose intestinale, et tous correspondant à la période ultime de la phtisie pulmonaire.

Les conséquences thérapeutiques résultant de ces constatations sont que l'acide chlorhydrique ne convient qu'à la dyspepsie terminale. On combattra les troubles initiaux par l'alcool, la créosote, la strychnine, la rhubarbe, la gentiane, etc., ainsi que par l'électricité et le massage.

J. B.

X. — Le mécanisme par lequel une tumeur abdominale influe sur la diminution de l'urée, ne devrait pas, d'après Tédenat, être cherché dans la notion de bénignité ou de malignité de la tumeur, mais bien dans la compression directement exercée par la tumeur sur les uretères. Dans cette hypothèse, la mort par urémie qui succède à l'opération, est expliquée par Tédenat de la façon suivante : une fois l'obstacle mécanique disparu, la circulation de l'urine devient beaucoup plus facile, et il se produit dans le rein dégonflé une congestion *à vacuo* qui se surajoutant aux lésions existantes, amène la mort à bref délai.

XI. — Rauzier rapporte l'observation d'un malade de 37 ans, qui présentait une cachexie rapide, avec vomissements, hématémèse, et chez lequel la palpation permettait de sentir une tumeur limitée du foie. Le diagnostic de cancer avait été porté ; l'analyse de l'urine ayant révélé une quantité d'urée normale, le diagnostic fut écarté, dans les derniers jours de la vie, et on admit l'existence d'un ulcère. A l'autopsie on trouva un ulcère de l'estomac et un kyste hydatique du foie. D'après Rauzier, ce fait confirmerait pleinement la loi de Rommelaere. A. MOSSÉ.

XII. — On a déjà signalé à plusieurs reprises l'influence qu'exercent les substances albuminoïdes sur les réactions de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. Ces substances, en se combinant à cet acide, le masquent en certaines proportions. J. Moritz a institué une série d'expériences qui mettent bien cette particularité en évidence. Il administre à

un jeune homme à jeun et dont l'estomac est vide, une livre de viande de bœuf finement hâchée, sans boisson, ni quoi que ce soit en fait d'autre aliment. Au bout de trois heures, la quantité des substances albuminoïdes dissoutes et celle de l'acide chlorhydrique sont au minimum (3,74 p. 0/0 de substances albuminoïdes et 0,35 0/0 d'HCl). Au bout d'une heure, les substances sont déjà tombées à 1,77 0/0, tandis que l'HCl est resté au même taux. Or, à la troisième heure, les réactions de l'HCl pour les divers réactifs chimiques (papier du Congo, papier de tropéoline, phloroglucine, vanilline) sont complètement négatives, elles sont au contraire nettement positives à la quatrième heure. On doit en conclure que l'acide chlorhydrique était masqué par les albuminates. Huit à douze parties de substances albuminoïdes masqueraient ainsi une partie d'acide chlorhydrique.

En administrant au même sujet une livre de purée de pomme de terre au lieu d'une livre de viande, le maximum d'HCl se trouve atteint au bout de deux heures, et ses réactions sont très nettes. Elles ne sont nullement influencées par le sucre. Il y aurait donc un certain avantage à se servir de la purée de pomme de terre comme repas d'épreuve.

Pour doser l'acide chlorhydrique, J. Moritz a employé la méthode des distillations successives de Cahn et Mering, ou bien il a dosé l'acidité totale avant et après avoir traité le suc gastrique par l'éther. L'erreur qui pourrait résulter de la présence du phosphate acide de soude est tout à fait négligeable dans ces conditions. ALBERT MATHIEU.

XIII. — La dialyse est particulièrement utile dans les cas où l'examen fait par les moyens ordinaires ne montre pas trace d'acide dans le liquide extrait de l'estomac ; s'il existe de l'acide libre, celui-ci passe à travers le dialyseur et se retrouve dans le liquide externe où ses réactions ne sont pas masquées par la présence de matières protéiques. L'auteur a pu ainsi constater la présence de HCl dans le suc gastrique de plusieurs cancéreux où on l'avait auparavant recherché sans succès. Quand il n'existe réellement pas de HCl dans le liquide à examiner, on n'en trouve pas dans le liquide dialysé. Lorsqu'on a constaté la présence de HCl dans un liquide non dialysé, on le trouve en plus grande quantité après la dialyse, jusqu'au moment où les peptones dialysent à leur tour.

La dialyse doit être prolongée pendant trois heures, parce que c'est à ce moment que le HCl passe en plus grande quantité et que les peptones commencent à passer pendant la quatrième heure. Il est utile, pour l'examen du liquide dialysé, de réduire son volume de moitié par évaporation lente au bain-marie. GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber die Gæhrungen im Magen (Les fermentations dans l'estomac), par O. MINKOWSKI (*Mitt. aus d. med. Klinik. zu Kœnigsberg i. Pr.-Herausgeg., von Naunyn, p.* 148-173, 1888).

II. — Der Einfluss der Ernährung auf die Entstehung des Magengeschwürs (Influence de l'alimentation sur le développement de l'ulcère rond de l'estomac), par von SOHLERN (*Berlin. klin. Woch., n°* 13, *p.* 272, *et n°* 14, *p.* 303, 1er *et* 8 *avril* 1889).

I. — Minkowski attribue une importance considérable aux fermenta-

tions anormales qui se passent dans l'estomac. Dans le suc gastrique normal, il ne se produit pas de fermentation. Du suc gastrique filtré abandonné à lui-même demeure exempt de champignons inférieurs. Il n'en est pas de même lorsqu'on sature l'acide chlorhydrique par un alcalin, ou lorsqu'on le fait bouillir, ce qui n'atteint nullement l'acide chlorhydrique. Il faut conclure de cela que c'est au mélange de l'acide chlorhydrique et de la pepsine que le suc gastrique doit son action antifermentescible.

Mieux encore que par leurs produits, ces fermentations anormales sont reconnaissables à l'existence de champignons inférieurs. On peut rencontrer des cellules de levure, des ferments bacillaires (ferments des acides lactique et butyrique, etc.) On rencontre aussi des sarcneis ; mais leur présence ne paraît pas nuisible, et elles paraissent indiquer seulement la stagnation des liquides dans l'estomac.

La levure de bière se rencontre surtout dans les lésions qui avoisinent le pylore, alors que les autres parties de la muqueuse sont peu atteintes. Les bacilles des fermentations lactique et butyrique se montrent dans les cas de lésion étendue de la muquense et de disparition de l'acide chlorhydrique. Ces fermentations ont des conséquences fâcheuses de divers ordres : production d'acides anormaux, production de gaz, absorption de substances toxiques ; neutralisation de l'acide chlorydrique par les produits de ces fermentations ; les fonctions de l'intestin sont également troublées parce que l'estomac y déverse des produits anormaux.

Ces fermentations peuvent du reste présenter des degrés restreints, sans conséquences pathologiques très fâcheuses.

Le traitement doit consister surtout dans l'emploi d'antiseptiques : acide phénique, créosote, etc. Le régime alimentaire peut aussi avoir une grande importance. A. MATHIEU.

II. — En Russie, à l'exception des provinces baltiques, l'ulcère simple de l'estomac est extrêmement rare. Il en est de même dans les contrées montagneuses de l'Allemagne, la Rhön et les Alpes bavaroises. Les habitants de ces trois pays ont une alimentation presque exclusivement végétale et consomment beaucoup d'alcool et de graisse. Leur régime alimentaire présente comme trait commun : sa grande richesse en sels potassiques.

Von Sohlern se demande donc si l'immunité de ces populations à l'égard de l'ulcère de l'estomac ne s'explique pas par leur sang qui doit contenir beaucoup de potasse ; toutefois, il convient qu'on n'a pas encore fait d'analyses comparatives sur la composition du sang chez les habitants des contrées où l'ulcère rond est fréquent et chez ceux de celles où il est rare. J. B.

Zur Diagnostik der motorischen Insufficienz des Magens (Diagnostic de l'insuffisance motrice de l'estomac), par W. BRUNNER (*Deutsche med. Woch.*, n° 7, 1889).

L'auteur a entrepris de contrôler les procédés d'Ewald (méthode du salol) et de Klemperer (méthode de l'huile) pour l'appréciation de l'activité motrice de l'estomac.

Les 60 sujets sains à qui il a administré le salol ont eu de l'acide sali-

cylique dans l'urine au bout d'un espace de temps généralement beaucoup plus long que celui qu'indique Ewald. Chez un seul et même individu le passage de l'acide salicylique dans l'urine variait selon les jours; tantôt il se produisait au bout de 40 minutes, tantôt après 70, sans motif appréciable. Le phénomène ne paraissait pas influencé par l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac. Chez les sujets dont l'auteur excitait les contractions au moyen de la faradisation, et accélérait ainsi la digestion d'un repas d'épreuve, la réaction de l'acide salicylique ne se manifestait pas plus rapidement, elle était même parfois retardée. Une telle expérience suffirait à démontrer la défectuosité de l'épreuve du salol.

Les expériences faites chez les sujets malades prouvent également que le procédé est incertain. Certains carcinomateux avec dilatation énorme se comportaient vis-à-vis du salol comme les sujets sains d'Ewald. Quelques malades atteints de dilatation avec hyperacidité et hypersécrétion offraient des réactions normales et, après amélioration par le traitement, des réactions retardées.

La méthode de l'huile ne paraît pas, d'après Brunner, donner de résultats meilleurs que celle du salol. On sait que Klemperer fait ingérer 150 grammes d'huile et exige que l'estomac sain chasse en deux heures 70 ou 80 grammes de ce liquide dans l'intestin. Or il semble que les estomacs malades ne soient guère plus paresseux vis-à-vis de l'huile que les estomacs sains et que la quantité d'huile arrivant dans l'intestin ne varie pas d'après l'état de la contractilité gastrique.

L'auteur préfère donc le procédé de Riegel qui consiste à vider l'estomac 5 heures (Leube demandait 7 heures) après un repas d'épreuve. Le résultat n'a pas ici de précision mathématique, et du reste cette précision doit être considérée comme une chimère, mais un médecin exercé saura, d'après l'examen des matières obtenues au moyen de la sonde, apprécier la valeur du tonus gastrique. Tout estomac vide, au bout de 5 heures, est doué d'une contractilité normale. L. GALLIARD.

I. — Études sur les maladies du foie, par V. HANOT et A. GILBERT (1 *volume in-8°, Paris*, 1888).

II. — De la nature de l'hépatite suppurée des pays chauds, par KIENER et KELSCH (*Arch. de méd.*, 1888).

III. — Die Histogenese und Histologie der Lebercirrhose, par ACKERMANN (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., Band CXV, Heft* 2).

IV. — Influence de l'alcoolisme sur le développement de la tuberculose pulmonaire et de la cirrhose atrophique, par ALISON (*Arch. gén. de méd., septembre* 1888).

I. — L'ouvrage d'Hanot et Gilbert est exclusivement consacré à l'histoire des néoplasies du foie. Les angiômes, les kystes non parasitaires, les néoplasies mélaniques, les sarcomes hépatiques, y sont successivement étudiés.

Le cancer, toutefois, y occupe le premier rang et la plus large place.

Jusqu'ici, les auteurs s'étaient attachés à le représenter comme presque nécessairement secondaire, cliniquement caractérisé par de la cachexie, de la dyspepsie, de l'ictère, de l'ascite, par l'hypertrophie du foie et un

marronnement de sa surface que la nécropsie expliquait en montrant au sein du parenchyme hépatique une série de nodosités cancéreuses superficielles et profondes.

D'après Hanot et Gilbert, cette description, bien que traditionnelle, doit être rejetée comme inexacte.

Le cancer primitif du foie est loin d'être exceptionnel, ainsi que suffisent à l'établir les vingt-quatre observations inédites qu'ils ont rapportées.

Non seulement le cancer primitif existe, mais il se montre avec une symptomatologie particulière et des lésions nécropsiques spéciales.

Si parfois il peut mériter la désignation de cancer nodulaire qui convient à l'immense majorité des cas de cancer secondaire, habituellement il se présente sous l'un des deux types auxquels Hanot et Gilbert ont donné l'appellation de cancer massif et de cancer avec cirrhose, types qui lui appartiennent en propre.

Les signes du cancer massif sont bien éloignés du schéma classique : l'ictère et l'ascite y font défaut ainsi que les trop célèbres marrons cancéreux, et le tableau clinique se réduit à une cachexie particulière à des troubles digestifs et à une hypertrophie lisse du foie. Au lieu de nodosités, l'autopsie montre une masse cancéreuse uniformément substituée au parenchyme hépatique normal.

Les signes du cancer avec cirrhose ne sont pas moins remarquables : à la cachexie et aux perturbations digestives se joignent une jaunisse et une ascite constantes, accompagnées du développement des veines tégumentaires abdominales ; le foie est ordinairement peu développé et caché sous les fausses côtes. A l'autopsie se présentent associées les lésions de la cirrhose et du cancer, ces dernières subissant une dégénération jaune d'or spéciale et s'accompagnant de l'envahissement de la veine porte par le processus néoplasique.

Sur le terrain de l'histologie et de l'histogénie, l'opposition du cancer primitif et du cancer secondaire est également absolue.

Tous les cancers du foie, selon Hanot et Gilbert, ont une origine épithéliale : ce sont toujours des épithéliomas. Mais, tandis que les carcinomes secondaires, véritables greffes, résultent de l'insertion et du développement dans la glande hépatique d'embolies épithéliales émanées du foyer primitif et charriées par la veine porte; au contraire, le cancer primitif est une émanation directe de la cellule hépatique elle-même.

Si, par conséquent, le cancer secondaire comprend un nombre d'espèces néoplasiques égal au nombre d'espèces cellulaires capables d'infecter la glande hépatique, le cancer primitif est un dans sa nature.

Ce n'est pas à dire que le cancer primitif du foie doive apparaître toujours avec des caractères histologiques identiques. Il existe deux grandes formes d'épithélioma hépatique primitif, l'épithélioma alvéolaire et l'épithélioma trabéculaire, formes qui se différencient par le mode de groupement des éléments épithéliomateux ; on doit de plus distinguer dans ces formes un certain nombre de variétés, l'épithélioma alvéolaire notamment se subdivise en plusieurs types qui sont : *a*) l'épithelioma alvéolaire à cellules polymorphes ; *b*) à petites cellules polyédriques ; *c*) à cellules gigantesques, et *d*) à cellules cylindriques.

Chemin faisant, Hanot et Gilbert s'efforcent de déterminer la raison

première du développement du carcinome hépatique primitif. Dans ces dernières années, l'on a supposé que le *primum movens* du cancer en général résidait dans un agent parasitaire. Cependant, les caractères histologiques variables des cancers selon le siège initial des néoplasmes, le rôle que joue le transport des éléments cellulaires dans le phénomène de l'infection cancéreuse ne portent-ils pas plutôt à considérer ces éléments comme les véritables agents de la maladie? On sait combien est grande l'analogie qui rapproche les cellules de l'organisme des cellules microbiennes ; on sait, d'autre part, avec quelle facilité on peut modifier la virulence de ces dernières, ne peut-on supposer que sous l'influence de l'âge, de l'hérédité, de diverses causes occasionnelles et en particulier de l'alcoolisme, si fréquent dans l'étiologie du carcinome primitif du foie, les propriétés biologiques du protoplasma, des cellules hépatiques ne puissent être modifiées à la longue de telle façon que celles-ci se multiplient, forcent mécaniquement les barrières vasculaires et ne réalisent, en un mot, l'infection carcinomateuse?

S'il en était ainsi, l'on pourrait dire qu'à côté de l'infection occasionnée par les agents microbiens, il faut faire une place à l'infection dont les éléments mêmes de l'organisme font tous les frais, de même qu'à côté des intoxications de cause externe se rangent les auto-intoxications.

A. G.

II. — Ce travail est destiné à montrer l'identité de nature de la dysenterie et des abcès du foie. Cette identité avait été présentée par Annesley dans sa conception de la dysenterie hépatique.

Un premier témoignage en faveur de l'identité de ces deux affections est constitué par la coïncidence de la dysenterie et des abcès du foie dans les mêmes pays et dans les mêmes conditions d'époque de développement.

Un deuxième témoignage, encore plus important, est réalisé par la coïncidence clinique des deux maladies. A ce point de vue, les auteurs ont dépouillé 314 observations de faits complets d'abcès du foie. De cette statistique, il résulte que 208 fois, c'est-à-dire 85,35 0/0, il y eut coïncidence de la dysenterie et des abcès du foie. RICHARDIÈRE.

III. — En administrant à faibles doses du phospore aux lapins, Ackermann a provoqué la cirrhose, et ensuite il a injecté du bleu de Prusse dans les canaux hépatiques biliaires. L'examen de ces préparations a fourni les résultats suivants :

Des traînées de tissu conjonctif séparent les lobules soit complètement, soit en partie seulement. Elles n'ont pas de limite nette contre les lobules, qu'elles pénètrent de façon à englober les vaisseaux sanguins et les conduits biliaires. Ces derniers sont très abondants au centre des traînées conjonctives, beaucoup plus nombreux que dans le foie normal, et constituent un réseau facile à mettre en évidence. Les conduits biliaires se résolvent en canalicules biliaires. Les conduits biliaires qui unissent les canalicules aux troncs plus gros sont revêtus d'une assise unique de cellules épithéliales.

Les traînées conjonctives qui renferment les vaisseaux sanguins et les canaux biliaires sont formées d'une substance fondamentale fibrillaire, renfermant des cellules étoilées et fusiformes.

Quant à la relation entre le développement du tissu conjonctif et

l'atrophie des cellules hépatiques, Ackermann a constaté que ces dernières subissent dans l'empoisonnement chronique, comme on le savait déjà pour les cas aigus, une dégénération primitive, suivie bien plus tard de l'hypertrophie du tissu conjonctif. A la suite de l'atrophie des cellules hépatiques, les canalicules biliaires persistent, et en même temps les conduits biliaires voisins produisent de nouveaux canaux qui s'élargissent et mettent les canalicules en relation avec les gros conduits biliaires. On constate en même temps une néoformation abondante de vaisseaux sanguins au début de l'hypertrophie du tissu conjonctif, et de nombreuses anastomoses se produisent entre le système porte et le système veineux général.

Ackermann arrive à conclure que la cirrhose n'est pas le processus même de la maladie du foie, mais l'expression d'une réaction secondaire et salutaire, destinée à circonscrire et à retarder les effets de l'affection primitive. ED. RETTERER.

IV. — D'après Alison, la tuberculose pulmonaire serait fréquente chez les alcooliques des campagnes, actifs et adonnés aux travaux pénibles de la campagne. Par contre, chez les mêmes alcooliques, placés dans les mêmes conditions de travail et d'activité, la cirrhose atrophique du foie serait rare. RICHARDIÈRE.

De la maladie de Weil, par S. PERRET (*Lyon méd.*, 2 *juin* 1889).

Deux observations recueillies chez des sujets de 19 et 21 ans, sans antécédents pathologiques et pris brusquement d'accidents qui firent croire à une fièvre typhoïde. L'évolution ultérieure montre qu'on avait affaire à l'affection décrite par Mathieu et par Weil. Guérison dans les deux cas.

Perret discute la nature de cette maladie et montre qu'il ne s'agit pas d'un typhus abortif, mais bien d'une maladie infectieuse de nature encore indéterminée. (Voyez *R. S. M.* XXXI, 555; XXXII, 525.) A. C.

De l'intoxication hydatique, par ACHARD (*Archives de médecine, octobre* 1888).

L'absorption d'une certaine quantité du contenu liquide du kyste est le mécanisme qui explique le mieux la pathogénie de l'urticaire dite hydatique. Cette urticaire est, par suite, une manifestation toxique, absolument comme celle qui survient après l'ingestion de divers aliments (coquillages, fruits) ou de certaines substances médicamenteuses (morphine, opium, antipyrine, etc.).

L'urticaire ne constitue pas la seule manifestation de l'intoxication hydatique. On peut observer d'autres manifestations, parmi lesquelles on peut ranger les phénomènes qui accompagnent parfois l'éruption : l'état syncopal, la dyspnée, le refroidissement des extrémités, les nausées, les vomissements, le collapsus plus ou moins prolongé, la fièvre, etc.

Enfin, en l'absence de toute éruption ortiée, on peut observer des accidents variés qui ont suivi la rupture spontanée ou l'ouverture artificielle des kystes hydatiques. Ces accidents sont d'ailleurs analogues à ceux qu'on constate en même temps que l'éruption d'urticaire et consistent également en fièvre, collapsus, syncope, nausées et vomissements, diarrhée, herpès.

Tous ces accidents semblent justiciables d'une cause unique, l'intoxication.

L'intoxication doit vraisemblablement être également invoquée pour expliquer un certain nombre de cas de mort rapide après la rupture de kystes hydatiques, cas de mort rapportés tantôt à la syncope, tantôt à la péritonite.

L'hypothèse de l'intoxication hydatique reçoit une confirmation des expériences de Roy qui injectant du liquide hydatique à différents animaux, détermine des accidents variés, et des recherches chimique de Mourson et Schlagdenhauffen qui ont isolé des ptomaïnes du contenu des kystes hydatiques du mouton. RICHARDIÈRE.

Sclérose et épithéliome de la tête du pancréas coïncidant avec une cirrhose de Laënnec, par H. LEGRAND (*Revue de médecine, p.* 165, *février* 1889).

Voici les principales particularités présentées par cette observation :

1° Pendant la vie, existence d'une débâcle biliaire survenue au cours d'un ictère intense et de nature à tromper sur le diagnostic exact ;

2° Au point de vue anatomo-pathologique, coïncidence rare de la cirrhose de Laënnec et d'une tumeur du pancréas. La cirrhose de Laënnec ne fut pas influencée dans son évolution par la rétention biliaire. Les seules lésions attribuables à la rétention biliaire étaient de la dilatation des voies biliaires et un peu de catarrhe de ces mêmes voies, mais sans trace ni d'angiocholite ni de périangiocholite.

En outre, la lésion épithéliale du pancréas s'était développée sur un pancréas déjà sclérosé rappelant, par cette disposition, ce qui existe constamment dans le foie atteint de ce qui a été décrit dans ces dernières années sous le nom d'adénome ou d'épithéliome. C'est, à notre connaissance du moins, le premier cas de ce genre signalé au niveau du pancréas. GIRAUDEAU.

I. — Essai sur le mal de Bright et les néphrites, par J. LAFITTE (*Thèse de Paris*, 1889).

II. — D'une néphrite liée à l'aplasie artérielle, par BESANÇON (*Thèse de Paris*, 1889).

III. — Contribution à l'étude de la néphrite scrofuleuse, par ISCOVESCO (*Thèse de Paris*, 1889).

IV. — Contribution à l'étude de la néphrite gravidique, par CHOPARD (*Thèse de Paris*, 1889).

V. — Exacerbation d'une néphrite catarrhale chronique chez un dyspeptique traité par l'acide chlorhydrique, par H. GIRARD (*Revue méd. de la Suisse romande*, *IX*, 156, *mars* 1889).

VI. — L'acide chlorhydrique et les néphrites chroniques, par F. DEMIÉVILLE (*Ibid.*, *p.* 214, *avril* 1889).

I. — Les néphrites ne sont pas des maladies, mais de simples altérations anatomiques du rein. L'altération épithéliale la plus profonde n'entraîne par elle seule aucun accident urémique, car la composition de l'urine ne dépend nullement de l'état de l'épithélium. Celui-ci ne sépare du sang ni les sels, ni l'urée, ni les matières excrémentitielles, ni les

poisons, ni les médicaments; ces substances passent du sang dans les veines à travers les glomérules. Il en résulte que le mal de Bright, aigu ou chronique, n'est la conséquence ni d'une lésion rénale, ni de l'accumulation dans le sang des poisons normaux de l'organisme. Les éléments qui le composent : néphrite diffuse, hypertrophie du cœur, anasarque, urémie, sont indépendants les uns des autres, et sous la dépendance d'une adultération particulière de l'économie par une substance toxique étrangère.

Le mal de Bright paraît être une maladie spécifique et infectieuse dont les accidents ne sont pas dus à l'action directe des microbes pathogènes, mais plutôt à celle de leurs produits. Il y a très probablement plusieurs espèces de bactéries pathogènes, et le mal de Bright chronique paraît distinct du mal passager. On peut supposer que le premier est produit par une seule espèce de bactéries; mais on confond peut-être sous le nom de mal de Bright, à évolution aiguë ou subaiguë, plusieurs maladies ayant beaucoup de points de ressemblance, mais déterminées par des microphytes différents.

Le mal de Bright est différent par essence des maladies qui paraissent lui donner naissance, comme la scarlatine, mais qui ne jouent que le rôle de cause prédisposante. Toutes les maladies infectieuses, la grossesse, la goutte, le diabète, en un mot toutes les causes de cachexie et de débilité, et en particulier l'alcoolisme, favorisent son invasion. Le début des formes aiguës est souvent marqué par une angine, et il faudrait peut-être chercher de ce côté la porte d'entrée de l'infection. Quelques observations semblent faire croire à la possibilité de contagions ou d'épidémie.

LEFLAIVE.

II. — Besançon décrit sous ce nom une sclérose rénale particulière, simple détermination viscérale d'une maladie générale, l'angiosténose congénitale qu'il oppose à l'angiosténose acquise. Cette angiosténose congénitale est le substratum anatomique de la chlorose avec lésions; elle a été bien étudiée par Lancereaux en France, par Virchow et Bencke en Allemagne. Cependant, ces derniers, s'ils ont signalé la fréquence du rein blanc et du rein amyloïde dans cette maladie, n'ont pas insisté sur la possibilité de la cirrhose rénale. Besançon a eu cependant l'occasion de pratiquer trois fois l'autopsie de malades chez lesquels cette détermination viscérale était manifeste. Laissant de côté la question pathogénique ou à peu près, l'auteur étudie les lésions trouvées à l'autopsie, reins atrophiés, granuleux, mais à granulations plus petites, plus uniformes et moins saillantes que dans la cirrhose vasculaire commune, comparable en tous points au granité régulier de la cirrhose glandulaire due au plomb. La teinte générale de l'organe, dépouillée de sa capsule, est le gris. Les kystes superficiels sont rares et petits. A la coupe, on en constate quelques-uns, mais toujours peu nombreux, semblables à des vésicules miliaires. La consistance de l'organe est manifestement accrue. Les reins sont fermes, indurés, élastiques. La substance corticale et la substance médullaire se distinguent difficilement l'une de l'autre.

Au microscope, la texture du rein est méconnaissable, le labyrinthe est effondré. Beaucoup de glomérules ont disparu, la plupart ont subi la transformation fibreuse, à des degrés divers. Quelques-uns sont manifestement hypertrophiés, en raison sans doute de la suppléance fonction-

nelle à laquelle ils s'étaient adaptés. Le revêtement cellulaire de la capsule de Bowman ne présente jamais la trace d'une multiplication. Il n'existe pas de périglomérulite. Le maximum des lésions correspond au voisinage de l'appareil vasculaire, glomérules et vaisseaux; c'est donc une cirrhose vasculaire, mais non pas une sclérose dystrophique.

Les tractus fibreux sont entremêlés d'une proportion considérable d'éléments élastiques.

Les grosses artères sont peu malades ; au contraire, les artérioles interlobulaires ainsi que les branches qui s'en détachent pour aller aux glomérules sont détruites pour la plupart et transformées en petits blocs fibroïdes et hyalins. Les tubes corticaux sont, les uns détruits, d'autres sont ectasiés sous forme de kystes microscopiques, d'autres atrophiés présentent un épithélium cubique indifférent ; un très petit nombre est sain.

La substance pyramidale est beaucoup moins atteinte que la substance corticale. Besançon signale cependant au voisinage des vaisseaux l'existence de faisceaux de fibres musculaires lisses, parallèles à la direction des artères et des veines, exagération de celles décrites à l'état normal par Eberth et Henle.

En somme, sclérose adulte élasticogène gouvernée dans sa distribution par le système vasculaire, sans apparence certaine de lésions inflammatoires primitives des tubes ni des artères et pouvant s'accompagner d'une hyperplasie des fibres musculaires du rein.

Les lésions accessoires sont : 1° du côté de l'appareil urinaire la dilatation des calices, des bassinets et des uretères dans plusieurs cas; 2° du côté de l'appareil circulatoire : hypertrophie du cœur et étroitesse des artères périphériques dans leur ensemble, qui correspondent comme dimensions à celles signalées par Virchow chez les individus atteints d'angustie artérielle congénitale.

Les symptômes sont ceux de la sclérose rénale habituelle, les urines sont abondantes et renferment de 3 à 6 grammes d'albumine par litre. Les troubles digestifs, les troubles respiratoires sont ceux de tous les brightiques en général. Les sujets sur lesquels se développe cette variété de néphrite sont souvent des sujets jeunes, assez grands, à type chlorotique, avec développement très imparfait du système pileux et de l'appareil général. Des trois malades dont Besançon a pu pratiquer l'autopsie, un est mort urémique, le deuxième est mort tuberculeux et le troisième a été enlevé par une pneumonie. Indépendamment de ces trois observations personnelles, l'auteur en rapporte six autres empruntées à divers auteurs. C. GIRAUDEAU.

III. — Iscovesco s'efforce en commençant de distinguer chez les scrofuleux des lésions rénales de diverses sortes, néphrites caséeuses et tuberculeuses, dégénérescence amyloïde et néphrite diffuse. Contrairement à l'opinion généralement admise, il pense que la dégénérescence amyloïde est exceptionnelle chez les scrofuleux, tandis que la néphrite diffuse est très fréquente. Parfois cependant, il reconnaît que la dégénérescence amylacée peut se trouver associée aux lésions inflammatoires. Cette néphrite diffuse se caractérise à l'œil nu par un gros rein blanc, et elle est tantôt surtout épithéliale, tantôt surtout interstitielle. Au point de vue clinique, elle peut rester latente, ou se manifester prompte-

ment par de l'albuminurie ou s'accompagner de tous les accidents du gros rein blanc. La mort par urémie est habituelle, elle survient dans une période qui varie de six mois à deux ans. C. GIRAUDEAU.

IV. — Cette thèse est basée sur deux observations recueillies dans le service de Peter. Dans les deux cas, il s'agit de femmes albuminuriques pendant les derniers mois de leur grossesse, chez lesquelles l'albuminurie persista après la délivrance. Toutes deux finirent par succomber avec tous les symptômes de l'urémie. L'auteur insiste sur la fréquence des lésions rénales dans les cas d'albuminurie gravidique, sur la persistance moins rare qu'on ne le dit généralement de cette albuminurie après la délivrance et sur le passage à l'état chronique d'une lésion rénale souvent superficielle au début. C. GIRAUDEAU.

V. — Homme de 40 ans, traité depuis 2 ans pour une néphrite catarrhale chronique. Ayant du pyrosis, il se mit à boire à chaque repas un verre d'acide chlorhydrique à 0,3 0/0. Dès le troisième jour, il fut pris de céphalalgie violente, et d'une sensation désagréable dans la région rénale. Le pouls était dur; bruit de galop sur le cœur gauche. Urine rare, riche en albumine, en globules sanguins et en cylindres épithéliaux.

Le régime lacté rétablit rapidement l'état antérieur.

VI. — Homme de 61 ans, athéromateux avec douleurs précordiales. Des nodosités rhumatismales aux mains et dyspepsie sur laquelle Demiéville lui prescrit de l'acide chlorhydrique dilué à la dose de cinq gouttes dans de l'eau, après le repas.

Le jour même apparaît une hématurie qui va en augmentant les deux jours suivants, jusqu'à ce qu'on ait supprimé la médication chlorhydrique, et qui persiste pendant une quinzaine. En même temps, la région lombaire était douloureuse spontanément et à la pression. L'urine contenait beaucoup de globules rouges, un peu d'albumine et quelques cylindres granuleux.

Le ventricule gauche était légèrement hypertrophié, sans souffle ni bruit de galop. Rien à l'ophtalmoscope.

Dans ce cas, l'acide chlorhydrique, en causant l'hématurie, a conduit au diagnostic de la néphrite. J. B.

I. — Die Phosphaturie, par Alexandre PEYER (*Sammlung klin. Vorträge, n°* 336).

II. — Zur Phosphaturie, par SENDTNER (*München. med. Wochenschr., n°* 40, 1888).

I. — L'urine phosphaturique est trouble au moment même de son émission, blanchâtre ou grisâtre. Ce trouble augmente encore sous l'influence de la chaleur. Par le repos, il se fait un dépôt plus ou moins dense, quelquefois floconneux. La réaction est alcaline ou neutre. Au microscope, on constate que le sédiment est constitué par des cristaux de phosphates : phosphate ammoniaco-magnésien, phosphate de chaux. Quelquefois on rencontre aussi des masses globuleuses de carbonate de chaux.

La phosphaturie peut se produire sans prodromes; quelquefois elle est annoncée par un malaise général, des frissons, une sensation de brûlure à la vessie et au fondement, de la douleur lombaire, de la congestion de la tête.

Au moment de l'émission de l'urine anormale, il y a une sensation de brûlure comparable à celle de l'urétrite; parfois il y a de la pollakyurie et de la strangurie. La sensation douloureuse peut retentir dans la vessie et même le long des uretères. Souvent, c'est le matin, au moment de la

première miction que cette crise éclate. Parfois l'urine est plus chargée à la fin de la miction qu'au début; ce qui tient sans doute au dépôt qui s'est opéré dans la vessie.

La névralgie de la vessie précède quelquefois la phosphaturie.

La phosphaturie survient surtout de 20 à 30 ans, surtout chez l'homme, chez des individus de souche nerveuse. Très souvent elle survient après des excès sexuels, réguliers ou irréguliers, chez des individus qui se livrent à la masturbation, qui coïtent incomplètement, ou encore chez ceux qui ont des pollutions nocturnes.

A. Peyer tient surtout, pour son compte, à attribuer la phosphaturie à une viciation de l'innervation. Il importe donc au point de vue du traitement de rétablir l'équilibre à ce point de vue, et surtout de faire cesser les irrégularités et les excès sexuels. L'alcool doit être interdit aux malades. A. MATHIEU.

II. — Sendtner étudie la phosphaturie consécutive à la gonorrhée chronique. Les dernières parties de l'urine de la miction sont blanchâtres; c'est l'évacuation d'un sédiment urinaire déposé dans la vessie. Il y a une sensation de cuisson dans le canal. Quelquefois il y a véritablement cystite et urétrite. Le sédiment urinaire se dissout sous l'influence des acides, il ne disparaît pas sous l'inflence de la chaleur seule. Au microscope on le trouve constitué par une substance blanche granuleuse. Il ne faut pas confondre cet état avec le catarrhe vésical. Il y a excès d'élimination de la chaux; il est possible que des cellules mortifiées et desquamées, peut-être sous l'influence de certains cocci, soient la cause de ce phénomène. A. MATHIEU.

Contribution à l'étude de la peptonurie et de la propeptonurie, par P. ISAAKIDÈS (*Thèse de Paris*, 1889).

Il y a dans la thèse de P. Isaakidès une observation intéressante de peptonurie au cours d'un mal de Bright qui ne présentait du reste rien de particulier dans ses allures. Il y avait environ 2 grammes de propeptone par litre, et une quantité notable d'albumine coagulable par la chaleur et l'acide nitrique. L'albumine était tantôt trouvée seule, tantôt associée à des peptones; cela paraît tenir à ce que l'albumine mélangée à l'urine subissait une véritable digestion dans la vessie et se transformait partiellement en propeptone et en peptone. A. MATHIEU.

Diabetes mellitus following obstructive jaundice (Diabète sucré à la suite de l'ictère par obstruction), par SWEET (*N. York med. Journ., p.* 72, 19 *janvier* 1889).

Négociant de 59 ans atteint, au mois d'octobre 1887, d'ictère paraissant dû à la lithiase biliaire avec douleurs, gonflement du foie et de la vésicule, constipation opiniâtre. Au bout de 15 jours, amélioration notable, puis rechute durant dix jours. Convalescence prolongée, perte des forces, augmentation de l'urine émise.

Deux mois plus tard, l'auteur analyse l'urine et trouve 20 ou 30 grammes de sucre par litre avec une densité de 1040.

En 3 mois 1/2, le malade perd 60 livres de son poids. Troubles de la vue, les objets paraissent recouverts d'un voile. L'auteur attribue ces désordres à la présence de la bile dans les vaisseaux rétiniens.

Le traitement diététique est institué; on prescrit en outre la codéine à

haute dose d'après la méthode de Pavy. Le malade ne cesse pas ses occupations.

Au bout de cinq mois il gagne 32 livres; l'urine redevient normale. L'état général continue à s'améliorer. L. GALLIARD.

Le diabète à évolution lente ; pronostic et traitement, par WORMS et discussion (*Bull. de l'Acad. de méd., mai et juin* 1889).

Worms a pour but de déterminer quelle est la forme clinique du diabète, que l'on rencontre le plus souvent et quelle est la meilleure méthode de traitement. Depuis 25 ans, il a observé quarante diabétiques, qu'il a longtemps suivis; chez douze de ces malades morts actuellement, l'affection a duré de 7 à 20 ans; le sucre était peu abondant, mais jamais il n'a disparu complètement de l'urine; chacun d'eux a été soumis au régime antidiabétique et au sulfate de quinine. Dans les 28 autres cas, qui comprennent surtout des hommes, le début a été annoncé, comme chez les autres, par de la fatigue musculaire; l'évolution de la maladie, dans laquelle la soif et la faim exagérées, et la polyurie ont été peu souvent notées, s'est faite très lentement et chez quelques-uns il y a 10, 15, 20 et 25 ans qu'ont paru les premières atteintes. L'une de ces malades est maintenant âgée de 90 ans ; une autre a été atteinte deux fois de coma, dont elle a guéri.

Tous ces diabétiques ont été soignés suivant les principes formulés par Bouchardat, à quelques modifications près, telle que la suppression du pain de gluten, qui ne paraît pas utile. L'emploi des eaux thermales et l'hydrothérapie ont été souvent avantageux, et, parmi les médicaments, le sulfate de quinine tient la première place.

Dujardin-Beaumetz, contrairement à Worms, regarde la polydipsie, la polyurie et l'exagération de l'appétit comme des phénomènes très fréquents, et il ne croit pas que la forme lente présente une longévité aussi grande que le croit Worms. Admettant trois formes de la maladie, bénigne, de moyenne intensité et grave, dans chacune desquelles la quantité de sucre varie, Dujardin-Beaumetz est partisan, dans le régime alimentaire, de l'emploi du lait, de la pomme de terre, du pain de soja; des substances grasses, de la saccharine et parmi les médicaments, de l'arsenic, des sels de lithine et du bromure de potassium suivant les cas.

Pour lui, le diabète est un et indivisible; son origine est dans la circulation active du foie de par le système vaso-moteur de cet organe, lequel système est sous l'influence directe ou réflexe d'une irritation de la moelle allongée, et de presque tous les centres nerveux. Aussi les médicaments, qui enrayent l'hypergenèse nerveuse du sucre, sont les seuls qui soient anti-diabétiques ; l'antipyrine agit dans ce sens de la manière la plus évidente. OZENNE.

Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse progressive, par HANOT et LEGRY (*Archives de médecine, janvier* 1889).

Il est actuellement bien établi que le type morbide décrit sous le nom d'anémie pernicieuse progressive constitue une entité morbide distincte. Il convient toutefois d'établir deux catégories de faits : la première, dans laquelle les symptômes constatés pendant la vie se sont trouvés expliqués à l'autopsie par la présence d'un botriocéphale, par une dégénérescence

cancéreuse, par une tuberculose pulmonaire, par une pleurésie purulente; la seconde, qui comprend les cas qui n'ont pu être reliés à une cause clairement démontrée. Ces derniers cas sont les seuls étudiés par les auteurs.

Le plus souvent, le début est insidieux. Les malades perdent progressivement leurs forces, se fatiguent et s'essoufflent au moindre mouvement. Le début peut être brusque chez les femmes enceintes.

La pâleur extrême de la peau et des muqueuses est un phénomène constant. L'œdème assez fréquent peut s'accompagner d'hydropisie des séreuses. L'état de faiblesse s'accentue chaque jour.

Les malades se plaignent de palpitations. L'auscultation du cœur révèle des souffles variables, se propageant dans les vaisseaux du cou.

Les hémorragies sont fréquentes. A l'examen du sang, on constate que les globules blancs sont très rares. Les globules rouges sont très diminués de nombre. Ils sont pâles, de volume variable et de forme irrégulière (poikilocytose de Quincke), l'hémoglobine est diminuée. Il en est de même des matériaux solides du sérum et de l'azote.

La marche de la maladie est habituellement progressive et fatale. La guérison, quoiqu'exceptionnelle, peut être observée.

La conception de l'origine parasitaire de l'anémie pernicieuse progressive défendue par Planchard, n'est qu'une pure théorie. Les examens du sang sur lesquels elle s'appuie ne sont pas concordants; les cultures n'ont donné aucun résultat positif, les essais d'inoculation ne sont rien moins que concluants. Enfin, les lésions constatées dans les coupes d'organe, dans le foie en particulier, ne fournissent aucun élément de démonstration. RICHARDIÈRE.

Ueber die acute Leukœmie und Pseudoleukœmie, par W. EBSTEIN (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLIV, p.* 343).

W. Ebstein rapporte un cas personnel de leucocythémie aiguë et un cas de pseudoleucémie à marche rapide. A ces observations personnelles, il joint une étude d'ensemble intéressante sur la leucémie et la pseudoleucémie à marche rapide. Il a trouvé dans la littérature 16 cas de leucémie aiguë dont il donne le résumé sous forme de tableau synoptique.

La première observation de W. Ebstein se rapporte à un jeune homme de 23 ans, qui après des prodromes d'une durée d'environ 4 semaines (inappétence, céphalalgie,) présenta les phénomènes habituels du purpura hémorragique non fébrile. La rate notablement augmentée de volume, débordait les fausses côtes de 5 travers de doigt. Les ganglions des dernières régions du corps présentaient à peu près les dimensions d'un haricot. Les épistaxis persistaient fréquentes et abondantes. A l'hôpital on s'aperçut qu'il y avait de la leucémie : on compta 3,273,000 globules rouges pour 163,750 globules blancs. Il y avait donc 1 globule rouge pour 20 blancs. La mort survint 18 jours après le début des accidents. A l'autopsie on constata un lymphadénome du médiastin, l'augmentation de volume de beaucoup de ganglions, une hypertrophie marquée de la rate, et des productions lymphadénomateuses nombreuses dans les reins et le foie, de la générescence graisseuse du cœur, de la tunique interne des vaisseaux et de certains muscles. Il y avait de petites ulcérations intestinales.

Dans le cas de pseudo-leucémie aiguë, il s'agit d'un homme de 31 ans qui,

sans cause connue présenta des phénomènes dyspeptiques : inappétence, douleur au creux de l'estomac, nausées, vomissements. Les forces s'abaissèrent rapidement. Il se fit dans la bouche une ulcération gingivale, puis du gonflement de la région parotidienne. Vers le même moment, il survint du purpura hémorragique : vomissements de sang, mélæna, hématurie. Température : 38°,5 à 39°,8. La rate était notablement augmentée de volume. On constata de la fluctuation dans la région parotidienne tuméfiée. Le malade tomba dans un état typhoïde accentué ; il apparut de l'œdème des jambes. La mort eut lieu à peu près un mois et demi après le début des accidents. L'autopsie ne put pas être pratiquée. A. MATHIEU.

I. — Note sur une forme de myopathie hypertrophique secondaire à la fièvre typhoïde, par LESAGE (*Revue de méd., novembre* 1888).

II. — Ueber Knochenerkrankungen bei Typhus (Affections osseuses dans la fièvre typhoïde, par A. EBERMAIER (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., XLIV, p.* 140).

III. — De la fièvre typhoïde chez les cardiaques, par ANDREREY (*Thèse de Paris*, 1888).

I. — Lesage a observé un malade qui, plusieurs années après une fiévre typhoïde compliquée de phlegmatia alba dolens du côté gauche, présentait une hypertrophie de tous les muscles du membre inférieur de ce côté. Le contraste entre les deux cuisses était peu marqué, tandis que les muscles du mollet gauche étaient beaucoup plus volumineux que ceux du côté droit. La force musculaire était beaucoup plus considérable à gauche qu'à droite. Les réflexes normaux, la sensibilité identique des deux côtés, les réactions électriques n'avaient subi aucune modification. La température locale du membre inférieur gauche était de 33°,5, celle du membre inférieur droit, de 31°. Les battements de l'artère fémorale gauche étaient aussi amples que ceux de la fémorale droite. Il n'en était pas de même de la poplitée et de la pédieuse, le pouls était petit par rapport aux artères du côté sain. Les pulsations étaient régulières et isochrones aux pulsations des artères homologues droites. Leur petitesse indiquait un rétrécissement artériel, cause de la diminution de la vis à tergo. Vulpian qui vit le malade, porta le diagnostic d'artérite pariétale ancienne d'origine typhique ayant été masquée par la phlegmatia et étant passée, par suite, inaperçue. Le harpon enfoncé dans les masses musculaires ne ramena que de la graisse.

Lesage se basant sur la mollesse du muscle et la conservation intégrale de la force musculaire, ne pense pas qu'il s'agisse là de myosite scléreuse interstitielle. Le diagnostic qui lui semble le plus plausible est celui de : surcharge graisseuse localisée aux muscles de la jambe gauche, lipomatose musculaire. Le point de départ de cette lésion résiderait dans l'artérite pariétale que le malade aurait eue dans le cours de sa fièvre typhoïde. Cette observation est intéressante pour l'étude des myosites chroniques secondaires à des lésions vasculaires aiguës infantiles.

C. GIRAUDEAU.

II. — Dans 8 cas de fièvre typhoïde, Ebermaier a observé des périostites qui deux fois seulement ont abouti à la suppuration. Dans deux de ces cas, il a pu démontrer, soit dans le sang du périoste, soit dans le liquide venu du tissu osseux, des bacilles typhiques en grande quan-

tité, et seulement des bacilles typhiques. On peut donc considérer la présence de ces organismes comme la cause de la périostite. Comment sont-ils parvenus dans le périoste? Par la moelle des os, pense l'auteur. En effet, à l'autopsie d'un typhique, il a pu, par culture sur gélatine, démontrer la présence des bacilles typhiques dans la moelle d'une côte et d'un fémur. Le froid, un traumatisme sont peut-être la cause occasionnelle de la périostite. Il est à remarquer que cette complication survient d'une façon très variable suivant les époques. A. MATHIEU.

III. — Cette thèse est basée sur les observations de deux malades atteints de lésion mitrale et qui contractèrent la fièvre typhoïde. Chez l'un des deux, pendant le cours de la dothiénentérie, on observa des accès de palpitations, d'étouffement, des menaces de syncope qui se manifestèrent à plusieurs reprises, et cela à une période relativement rapprochée du début de la maladie. La marche et la durée de celle-ci ne fut pas influencée par la lésion cardiaque. Lorsque le malade sortit de l'hôpital l'hypertrophie cardiaque et les autres signes physiques étaient les mêmes que lors de l'entrée à l'hôpital. Chez l'autre malade, la lésion mitrale ne se manifesta par aucun trouble pendant toute la durée de l'affection. L'auteur insiste néanmoins sur la gravité de la fièvre typhoïde chez les cardiaques et sur la fréquence des déterminations cardiaques typhiques dans ces conditions. C. GIRAUDEAU.

Stoffwechseluntersuchungen bei Carcinomkranken (Recherches sur l'état de la nutrition chez les cancéreux), par MUELLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 19, *p.* 435, 13 *mai* 1889).

Les auteurs qui ont signalé chez les cancéreux une diminution considérable dans *l'urée* éliminée n'ont pas tenu compte de la quantité d'aliments prise par les malades. En effet, tantôt cette élimination est relativement aussi considérable que chez l'homme sain, et on a alors une simple inanition par défaut de nourriture, tantôt la proportion d'urée est considérablement accrue, et on a là une perte véritable.

L'élimination *d'acide phosphorique* est sensiblement parallèle à celle de l'azote.

La quantité des *chlorures* est notablement diminuée.

La diminution du poids du corps, conséquence de l'exès d'excrétion d'azote, porte surtout sur les muscles.

La cause essentielle de la cachexie cancéreuse doit être cherchée dans une autointoxication par les produits délétères de la nutrition. A l'approche du coma ou de la mort, l'élimination d'urée devient insignifiante (*R. S. M.*, XIX, 434; XXV 436 et XXVI, 37) J. B.

I. — Ueber Myxœdem, par F. MOSLER (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, *Band CIV Heft* 3).

II. — Myxœdem, par W. MANASSE (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 955, 19 *novembre* 1888).

III. — Contribution à l'étude du myxœdème, par MACKEW (*Thèse de Paris*, 1888).

IV. — Zur Myxœdemfrage, par SCHWASS (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 463, 27 *mai* 1889).

I. — Il s'agit d'une femme de 54 ans chez laquelle la maladie commença par la paralysie du pouce gauche. Au bout de trois mois survint un gonflement

de la main gauche, qui s'étendit lentement jusqu'au tronc, et de là au membre supérieur droit, et, plus tard, aux membres inférieurs. L'œdème de la face et des paupières n'apparut que quelque temps après, et se généralisa enfin sur toute la surface du corps, ainsi que sur les lèvres, la muqueuse buccale, la langue et le voile du palais. C'est seulement cinq ans plus tard que se montra l'affaiblissement de la mémoire. La patiente se plaint du poids de ses membres quand elle marche; elle est devenue apathique et reste le plus souvent dans un état de somnolence.

La palpation ne révèle aucune modification survenue dans le corps thyroïde, qu'on ne peut sentir à travers la peau œdématiée.

Signalons enfin l'hyperesthésie de la peau, qui est très douloureuse à la pression, des douleurs dans la tête, dans le dos et dans les lombes. Quant aux troubles de la parole et à l'altération de la voix, l'auteur pense qu'ils proviennent du gonflement des muqueuses, de même que la démarche plus pénible ne serait que la suite de l'œdème de la peau. ED. RETTERER.

II. — Femme de 54 ans, sujette de tout temps aux coryzas; syphilitique à 20 ans; érysipèle à 41 ans; ménopause à 49. A l'âge de 44 ans, elle a habité un logement humide, a eu beaucoup de travail, peu de repos nocturne et des chagrins de ménage. Trois ans plus tard, c'est-à-dire à 47 ans, ses pieds d'abord, puis ses mains, et enfin sa face se sont tuméfiés. En outre, elle éprouvait de l'engourdissement dans les mains, et elle est devenue de plus en plus apathique. Sa tête volumineuse lui donne l'aspect d'une idiote, bien que son intelligence soit conservée. Nulle part, la face et le cuir chevelu, qui sont gonflés, ne gardent l'impression du doigt. Les cheveux sont tombés. La peau de la figure est d'un blanc cireux avec taches rouges sur les joues. Le tronc offre un embonpoint extrême. Les mains, dont les premières phalanges sont surtout volumineuses, sont toujours froides et engourdies. Le gonflement des pieds est sujet à des oscillations; les réflexes tendineux sont normaux, la sensibilité cutanée peu altérée. Cette femme n'a jamais trop chaud et ne sue jamais; sa température est toujours au-dessous de la normale (36,1). Le pouls bat 70 fois par minute.

Cette femme est, en outre, atteinte de rhinite chronique atrophique; son haleine est fétide; elle n'a pas d'appétit et une constipation opiniâtre.

Sa marche est pénible; parole lente, difficile et monotone. Contrairement à son ancienne manière d'être, elle reste des heures assise sans bouger et dort dix-huit heures de suite. Rien au cœur ni dans les urines. On ne trouve pas trace du corps thyroïde qui autrefois était plutôt volumineux.

L'examen du sang révèle une augmentation considérable des globules blancs (1/190), portant surtout sur les lymphocytes, qui constituent les 34 0/0 des leucocytes, au lieu de 25 0/0, proportion normale; en revanche, les leucocytes polynucléaires sont réduits de 15 0/0. Les globules rouges sont normaux.

Dans la discussion, Lassar, se basant sur l'existence antérieure d'un érysipèle de la face sur la coexistence de l'ozène et sur la conservation de l'intelligence, se demande si la malade de Manasse n'est pas un exemple de l'œdème érysipéloïde permanent qu'il a décrit (*R. S. M.*, XXXII, 540), et que l'on confond avec le myxœdème.

Virchow, au contraire, est d'avis qu'il s'agit bien d'un cas de myxœdème. J. B.

III. — Cette note est un exposé des derniers travaux sur cette maladie, surtout pour le myxœdème post opératoire chez l'homme (Kocher, Reverdin) et chez le singe (Horsley). Mais l'auteur semble n'avoir pas la connaissance du mémoire de Bourneville et Bricon chez les enfants. Une observation personnelle, une autre due à Paul Berger. PIERRE MARIE.

IV. — Deux points sont particulièrement à noter dans cette observation : la marche aiguë de la maladie et l'existence d'une hypertrophie du corps thyroïde vérifiée à l'autopsie.

Femme de 45 ans, régulièrement menstruée, n'ayant eu aucune maladie grave, notamment jamais d'érysipèle. Début en mars par tuméfaction et coloration bleuâtre des paupières supérieures; puis le gonflement envahit le reste de la face; ensuite il s'étend successivement au cou, aux bras, au tronc, enfin aux jambes. La voix devient rauque, l'intelligence paresseuse et l'humeur apathique. Jamais l'urine n'a offert rien d'anormal.

Teinte cireuse des téguments interrompue au visage par la coloration cyanosée des paupières supérieures et la présence de petites ecchymoses presque symétriques sur les oreilles. Œdème rénitent des paupières, des sillons nasolabiaux, du thorax, du cou, des bras et des membres inférieurs. Au niveau de ces derniers le doigt peut laisser son empreinte. Corps thyroïde, volumineux. Rien à l'examen ophtalmoscopique. Pouls, 84; température, 36,5. Le lendemain de l'admission surviennent les règles qui durent sept jours. La malade urine en moyenne un litre par 24 heures. Délire nocturne. Mort brusque dans la nuit du 14 au 15 septembre, six mois après le début.

Autopsie : congestion modérée du cerveau; intégrité de tous les grands viscères (cœur, reins, poumons, foie). Pas d'oblitération veineuse.

Tissu cellulaire sous-cutané transformé en une masse gélatineuse, visqueuse. Corps thyroïde un peu augmenté de volume par hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel avec atrophie partielle des follicules. Vaisseaux thyroïdiens normaux. J. B.

Ueber hydropische Anschwellungen unklaren Ursprunges (Hydropisies de causes obscures), par B. KÜSSNER (*Berlin. klin. Woch., n°* 16, *p.* 341, 22 *avril* 1889).

Œdème cutané aigu circonscrit de Quincke ou œdème angionévrotique. Femme de 68 ans, sujette aux douleurs rhumatoïdes. Depuis 5 ans, elle a fréquemment, surtout à la face antérieure de la poitrine et à la taille des gonflements œdémateux circonscrits de la peau qui lui occasionnent de l'oppression et s'accompagnent parfois de tressaillements, de prurit ou d'ardeur. Tantôt il s'agit de bosses arrondies, tantôt de bourrelets allongés, sans aucun changement de coloration des téguments qui ont une consistance pâteuse ; par des frictions, on parvient à dissiper ces tumeurs. Ces œdèmes se développent en quelques heures et persistent au plus quelques jours. Par leurs bords ils se confondent insensiblement avec la peau environnante ; leur centre est toujours le plus élevé, dépassant souvent de 3 centimètres le niveau normal. Parfois, en même temps que les œdèmes du tronc, ou indépendamment d'eux, il s'en produit sur les membres supérieurs. La malade n'est jamais indemne que pour peu de jours. Deux fois seulement il est apparu au visage, au niveau du front et des paupières. Jamais de fièvre, urines normales.

A plusieurs reprises, cette femme a eu aussi des hémorragies par diverses muqueuses, mais jamais par la peau. Il y a 4 ans, elle eut pour la première fois des hémorragies vésicales qui durèrent plusieurs jours et se sont reproduites deux fois depuis lors, mais moins fortes. Ensuite elle a eu quelques hémorragies bronchiques (les poumons, le cœur et les autres viscères sont sains) ; enfin il y a deux ans, à la suite de petites opérations sur les dents, elle a eu des hémorragies gingivales qui ont persisté quelques jours. Quesner n'a pu constater aucune influence des hémorragies sur les plaques d'œdème (*R. S. M.*, XXVI, 591 ; XXVIII, 125 et XXXII, 560).

Les autres observations rapportées dans ce travail sont un cas d'anasarque idiopathique des membres inférieurs chez une femme de 32 ans ;

un cas d'ascite idiopathique chez une fillette de 13 ans ; enfin un cas de pseudoasûte expliqué par la présence de matières fluides dans les intestins, immobilisés eux-mêmes par des nodosités cancéreuses qui les soudaient entre eux. J. B.

I. — Zur Lehre der Actinomycose, par ULLMANN (*Wien. med. Presse, n°* 49, *p.* 1769, 1888).

II. — Actinomycosis hominis, par A. MÜNCH (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 8, *p.* 234, 15 *avril* 1888).

III. — Drei Fälle von Actinomycose, par Th. LANGHANS (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 11, *p.* 329, *et n°* 12, *p.* 371, 1er *et* 15 *juin* 1888).

IV. — Ein Beitrag zur Lehre von der Actinomycose, par N. W. PETROFF (*Berlin. klin. Woch., n°* 27, *p.* 541, 2 *juillet* 1888).

V. — On a case of actinomycosis hominis, par POWELL, GODLEE et TAYLOR (*Brit. med. journ., p.* 356, *février* 1889).

VI. — Zur Casuistik der Actinomycosis des Menschen, par LUENING et HANAU (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 16, *p.* 481, 15 *août* 1889).

VII. — Discussion de la Société des médecins de Zurich (*Ibidem, n°* 9, *p.* 275, 1er *mai* 1889).

VIII. — Ein Fall von primärer Lungenspitzenactinomycose (Premier cas d'actinomycose du sommet des poumons), par W. LINDT (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 9, *p.* 262, 1er *mai* 1889).

I. — L'auteur a observé, à la clinique d'Albert, en une seule année (1887), 13 cas d'actinomycose ; la maladie n'est donc pas rare à Vienne.

A côté du champignon caractéristique, on a trouvé des staphylococci et des bacilles ; les microorganismes de la suppuration surviennent secondairement aux actinomyces.

C'est à ces microbes qu'est due la tuméfaction des ganglions qu'on observe dans certains cas d'actinomycose. L'auteur, en effet, a examiné les ganglions hypertrophiés dans deux faits d'actinomycose linguale ; il n'y a pas trouvé de champignons, mais seulement des staphylococci. Les actinomyces ne se propagent donc pas par les voies lymphatiques.

L. GALLIARD.

II. — Voici la fin de l'observation d'actinomycose publiée par Münch (*R. S. M.*, XXX, 546).

Des abcès, contenant les granulations cryptogamiques, se formèrent successivement dans les points les plus variés du corps. Le malade, complètement épuisé, succomba à la paralysie cardiaque trois ans après le début de son affection.

Autopsie. Sur la tête, le tronc et les membres sont disséminées de nombreuses tumeurs fluctuantes, de volume variable entre une noisette et un œuf d'oie ; ces abcès, qui contiennent des actinomycètes, sont les uns exclusivement sous-cutanés, tandis que les autres pénètrent jusque dans les muscles ou sont même uniquement musculaires. Il existe aussi beaucoup d'ulcérations fistuleuses provenant les unes d'incisions, les autres d'ouvertures spontanées de tumeurs semblables. Sac péricardique complètement oblitéré et soudé aux poumons. Surface du cœur recouverte de fausses membranes calleuses ayant à la base 3 centimètres d'épaisseur, hypertrophie excentrique des ventricules, etc.

Foyers d'actinomycose dans le péricarde, le myocarde, sous l'endocarde ventriculaire et dans la veine coronaire ; dans la plèvre droite avec communication dans une bronche, dans les muscles intercostaux, dans le tissu cellulaire prévertébral, dans le rachis, dans les poumons, le testicule droit et sous la muqueuse du jéjunum : ces derniers récents. Hépatite chronique interstitielle encore peu avancée. Tous les ganglions lymphatiques sont indemnes. Intégrité des organes de la bouche, du pharynx, du larynx, de la trachée, de l'œsophage, de l'estomac, de la rate, des reins, de la vessie, de la prostate et des vésicules séminales et de l'encéphale.

Münch admet que le siège premier de l'actinomycose était le lobe inférieur du poumon droit ; les champignons ont de là envahi l'organisme, soit de proche en proche (plèvre, parois thoraciques, colonne vertébrale et cœur, soit par embolies (abcès multiples des téguments et des muscles, testicule, jéjunum) provenant du cœur.

Münch relate ensuite un 3e cas d'actinomycose humaine observé en Suisse.

Il s'agit d'une femme de 42 ans atteinte d'actinomycose de la mâchoire inférieure qui guérit après incision et grattage de deux foyers successifs.

J. B.

III. — En Suisse, on n'a encore signalé que quatre cas d'actinomycose humaine. Le premier fait, dû à Julliard (Jeandin, *Thèse Genève*, 1886), concernait un jeune homme de 17 ans atteint de carie dentaire avec actinomycose de la joue ; le second a été publié par Klebs (*Allg. Pathol.* 1887); il s'agissait d'actinomycose du sein ; enfin, les deux derniers (1er poumon et thorax; 2e mâchoire) sont ceux de Münch (*R. S. M.*, XXX, 546).

Langhans en relate trois nouveaux cas, dont deux de la cavité abdominale.

1er *cas*. Homme de 48 ans ayant eu la fièvre typhoïde à l'âge de 9 ans. Six ans plus tard, il eut du mérycisme et des alternatives d'inappétence et de faim canine. Depuis lors, il a toujours souffert de l'estomac. Etat actuel : constriction douloureuse de l'épigastre ; teinte subictérique de la face et des conjonctives. Foie volumineux, non sensible à la pression ; au niveau de son lobe gauche, sur la ligne médiane, on perçoit une tumeur grosse comme un œuf de poule, non adhérente à la peau, lisse, sans fluctuation. Inappétence, tous les aliments sont douloureux, sauf le lait. Constipation. A la suite d'une ponction exploratrice, on fait l'incision de l'abcès hépatique qui donne issue à beaucoup de pus fétide. Dès lors, la suppuration ne tarit plus. L'ouverture d'un second abcès est interrompue par une violente hémorragie. Mort dans le marasme.

Autopsie. Foie adhérent à tous les organes voisins : diaphragme, colon, grand épiploon, petite courbure de l'estomac ; les adhérences étendues entre le foie et les organes du voisinage limitent des cavités multiples pleines de pus remarquable par sa viscosité. Le fond de la vésicule biliaire présente une perte de substance arrondie d'un centimètre de diamètre donnant entrée dans le tissu hépatique morbide. Ce dernier constitue un vaste foyer occupant la presque totalité du lobe gauche hypertrophié et la partie attenante du lobe droit. Ce foyer de forme arrondie traverse le foie dans toute son épaisseur ; il proémine un peu sur le reste de l'organe et en est nettement délimité par une zone conjonctive noirâtre de 1/2 à 1 millimètre d'épaisseur. Partout, le foyer a le même aspect sur les coupes. A première vue, il rappelle un poumon farci d'innombrables petits abcès, ou bien encore un kyste hydatique multiloculaire à stroma noirâtre non calcifié et à cavités pleines d'un pus mucilagineux, épais, renfermant de petits grains noirâtres. En y regardant

de plus près, on reconnaît que la coloration noirâtre de la trame n'est pas continue, mais disposée en pointillé. Les cavités sont de configuration extrêmement irrégulière, les unes arrondies, les autres linéaires et ramifiées dans les directions les plus variées.

La partie inférieure de l'appendice cæcal est comprise dans un abcès gros comme une noix qui se trouve dans le bassin, à droite de la vessie ; la muqueuse de l'appendice est ardoisée et couverte de cicatrices.

Les grains noirs du tissu hépatique sont formés par des groupes d'actinomycètes. Les essais de culture ont été négatifs. De quatre lapins inoculés avec ces grains, l'un a résisté, tandis que les trois autres ont succombé à des phlegmons renfermant des microcoques très fins et des débris de filaments creux.

2e *cas*. Homme de 23 ans ayant eu la fièvre typhoïde à l'âge de 7 ans et la scarlatine 9 ans plus tard. Au milieu de 1886, durant une semaine, coliques et diarrhée. Le 23 juillet, point douloureux au niveau de la fosse iliaque droite ; les deux jours suivants se développe une induration grande comme une pièce de 5 francs. Au bout de trois semaines, incision donnant issue à un litre de pus. Néanmoins, le 11 août, on constate au niveau du cæcum la présence d'une tumeur arrondie, élastique, de la grosseur du poing. On diagnostique une typhlite suppurée. En l'incisant, on trouve, au lieu d'un abcès, de nombreux trajets irréguliers, en toutes directions, revêtus de bourgeons saignants. Le doigt introduit dans l'un des trajets jusque dans la profondeur de la fosse iliaque pénétrait dans une masse qu'on crut être un sarcome. Le 6 octobre, au milieu du pus, on trouve des actinomycètes. La moitié droite du ventre dans toute sa largeur et toute sa hauteur était tuméfiée superficiellement, avec consistance variable suivant les points. Le 28 octobre, formation d'un abcès au-dessus du trochanter droit. Le 16 décembre, ouverture spontanée d'un nouvel abcès à la partie antérieure et supérieure de la cuisse. Mort le 20 février suivant.

Autopsie. Deux fistules au niveau de la fosse iliaque droite ; plusieurs fistules et abcès au niveau de la cuisse. Une des fistules abdominales aboutit dans le cæcum. L'appendice vermiforme contient une concrétion calcaire grosse comme un noyau de cerise. Le cæcum et le colon ascendant présentent trois ulcérations de 1/2 à 1 centimètre de diamètre, arrondies à bords ardoisés. Quelques foyers de bronchopneumonie.

3e *cas*. Femme de 28 ans à laquelle Kocher enlève une petite tumeur développée depuis un mois dans le chef mastoïdien du sternocléidomastoïdien. Le fragment musculaire enlevé offrait un noyau arrondi renfermant trois petits abcès contenant des actinomycètes.

Chez les trois malades, les grains d'actinomycète présentaient une coloration différente : ils étaient noirs chez le premier, jaune clair chez le second, et vert foncé chez le dernier. Dans le premier cas, la présence des actinomycètes a nettement retardé la putréfaction cadavérique du foie. Dans les trois cas, Langhans a fait des coupes de pus durci dans l'alcool et monté dans la celloïdine. Il a toujours vu que le grain d'actinomycète se compose en réalité de plusieurs formes cryptogamiques : outre le champignon radié muni de renflements terminaux en massue et de prolongements digitiformes, se trouvaient dans les deux premiers cas des filaments ou bâtonnets et dans le troisième des microcoques et des filaments. Langhans croit donc à la possibilité d'une symbiose.

IV. — Petroff a compté dans la littérature 123 cas d'actinomycose dont 6 observés en Russie (5 à Saint-Pétersbourg et 1 à Varsovie). Partsch

(*Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie*, 1886) a décrit 1 cas apparu dans une cicatrice consécutive à l'amputation du sein. Israel avait signalé trois localisations primitives de l'actinomycose : la bucco-pharyngée, la respiratoire et la digestive. Les observations ultérieures de Partsch et de Bollinger (*R. S. M.*, XXXII, 58) doivent faire admettre deux autres formes : la cutanée et la cérébrale.

Petroff relate lui-même un nouvel exemple d'actinomycose rencontré à l'autopsie d'un jeune homme de 26 ans, étudiant, à Kasan. Outre plusieurs abcès ouverts pendant la vie, il s'en trouvait encore trois autres. Le premier était situé au côté gauche du cou, dans le tissu sous-cutané, au-dessous de la mâchoire, qui était saine, ainsi que les dents ; le deuxième siégeait à l'omoplate gauche et le dernier au coude du même côté.

Tout le poumon droit était envahi ; les lésions étaient plus avancées au sommet. Au poumon gauche, seul le sommet était atteint. Le rein gauche et l'S iliaque étaient refoulés en avant par une grosse tumeur à contenu muco-purulent qui occupait la place du carré lombaire presque entièrement détruit ; les apophyses transverses des vertèbres lombaires correspondantes offraient de l'usure. Les deux reins étaient également malades. Rate, foie, estomac, intestin et cœur normaux. Les poumons, les reins et le carré lombaire contenaient des actinomycètes. Relativement à leur coloration, Petroff n'a reconnu aucun avantage au picro-carmin préconisé par Baransky (*R. S. M.*, XXXII, 59).

En résumé, les lésions les plus anciennes étaient celles du poumon droit dont le tissu normal était par places complètement remplacé par du tissu cicatriciel creusé des cavernes à contenu muco-purulent. C'est avec un cas de Moosbrugger les deux seules observations d'actinomycose du sommet des poumons. J. B.

V. — Enfant de 9 ans, malade depuis quatre mois d'une affection obscure simulant la phtisie : fièvre hectique, toux, gonflement douloureux du côté droit de la poitrine ; voussure thoracique, diminution des vibrations et du bruit vésiculaire sans souffle ; engorgement des ganglions axillaires et cervicaux ; antécédents tuberculeux.

On songea à un empyème, et une ponction fut faite sans résultat ; puis une incision conduite au point déclive qui était fluctuant. On retira une matière demi-solide, mêlée de sang qui, examinée microscopiquement, montra du tissu dégénéré où se voyaient les irradiations de l'actinomyces.

Crookshank démontre que les diverses formes observées cliniquement ne sont que des phases différentes de l'évolution du même champignon.

Discussion intéressante à la Société médicale de Londres, au cours de laquelle plusieurs cas sont rapportés, notamment celui de Markham Skerrit, relatif à un homme de 28 ans. H. R.

VI. — Homme de 28 ans ayant eu depuis 8 ans quatre attaques de « pérityphlite » ; depuis la première, il lui est resté des troubles digestifs l'obligeant à un régime sévère, des coliques et de la constipation alternant avec de la diarrhée. A la fin de 1887 se développe graduellement une tumeur au côté droit du ventre. En avril 1888, émaciation et faiblesse extrêmes. Commencement d'eschares au sacrum. La tumeur, grosse comme un petit poing, se trouve à mi-distance entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite ; elle est très douloureuse à la pression ; son sommet est rouge, empâté, fluctuant ; tout autour les téguments abdominaux sont indurés. Vives douleurs dans le cordon spermatique et le testicule droit.

L'incision donne issue à trois quarts de litre d'un pus couleur chocolat, onctueux et d'odeur fécaloïde. Pas de cavité, mais de nombreux trajets sous-cutanés, intra pariétaux ou profonds, remontant en haut jusqu'au rebord des côtes, se prolongeant en bas, à travers le canal inguinal, jusque dans la moitié

droite du scrotum qui est fluctuante. Au bout d'une quinzaine, retour de la fièvre vespérale et douleurs au-dessus de l'incision. En mai, toux, point de côté à la base du poumon droit avec matité et râles. Sueurs profuses, surtout la nuit.

A la fin juin se forme un nouvel abcès sur le rebord des fausses côtes droites. L'ancienne incision restée fistuleuse donne issue à des grains d'actinomycètes qu'on retrouve également dans le nouvel abcès. Le 8 septembre, ouverture d'un abcès sous-cutané au niveau de l'anneau inguinal; le contenu est identique aux deux précédents; œdème des malléoles, diarrhée incoercible et fétide. Toux quinteuse; les crachats ne renferment rien de caractéristique. Mort le 9 octobre 1888.

Autopsie. Actinomycose primaire du colon ascendant et du rectum avec nombreux ulcères perforants en communication avec les trajets situés dans l'épaisseur des muscles de la paroi abdominale. Actinomycose secondaire du foie (avec rupture d'une veine hépatique) et des poumons. Exsudat pleural séro-fibrineux à la base droite. Rate et foie amyloïdes.

Le pus recueilli à l'ouverture d'un abcès fut inoculé avec succès dans la chambre antérieure des deux yeux d'un lapin. Il se produit d'un côté un kératocone et de l'autre un staphylome avec grosses masses jaunes dans lesquelles le microscope permit de reconnaître les divers aspects sous lesquels se présente l'actinomycète, depuis la forme de cladothrix jusqu'à celle de massues. L'actinomycose resta limitée aux yeux, néanmoins l'animal succomba. Hanau a vainement tenté la réinoculation de ce lapin à un autre lapin.

VII. — Klebs a vu à Zurich trois cas d'actinomycose ; pour le premier, le diagnostic ne fut fait que par le microscope. Il attache une certaine valeur diagnostique à la nature peu consistante et riche en sang du tissu de granulations actinomycosiques. Les grains de l'actinomycète ne sont pas toujours jaunes, comme on les décrit ; à certains stades, ils sont transparents comme verre. Dans cet état, ils se colorent très bien par la nouvelle méthode de Gram, et l'on distingue sous le microscope les formes jeunes du champignon, non encore pourvues de massues et ressemblant au cladothrix, ainsi que l'a dit Bostroem. Les grains ne deviennent jaunes que lorsque se développent les massues.

VIII.— Femme de 35 ans, toussant depuis plusieurs années, lorsque au milieu de février 1888, à la suite d'un refroidissement, la toux devint quinteuse et très pénible, forçant la malade à s'aliter. Peu après, elle fut prise d'élancements à la partie supérieure du dos et du thorax, dans les épaules et les bras ; paresthésie des doigts de la main droite. Depuis le commencement de mai, les bras se sont affaiblis et mis à trembler. En même temps la femme éprouvait dans la nuque un sentiment désagréable de tension avec douleurs irradiant vers la moitié droite du crâne et raideur de la tête. Fièvre, sueurs nocturnes, amaigrisssment.

Tuméfaction considérable avec consistance ligneuse des régions latérales et postérieures du corps, sans proéminance d'aucune apophyse épineuse ; pression douloureuse à niveau ; pas de sensibilité du rachis. L'ouverture de la bouche est gênée par le gonflement des muscles cervicaux. Pupille gauche plus étroite, sensibilité normale. Fièvre à exaspérations vespérales.

Submatité aux deux sommets de la poitrine avec expiration un peu soufflante et quelques râles dans les fosses susépineuses. Pas de bacilles dans les crachats qui ne sont jamais sanglants, sont rares et mucopurulents. Peu à peu apparaît une dyspnée spéciale.

Le 22 juillet, incision d'un abcès situé sur le sternomastoïdien gauche ; pus ténu et peu abondant ; au fond de l'abcès plusieurs trajets fistuleux intramusculaires. Deux jours plus tard, on découvre dans le pansement des grains

d'actinomycète. Dans les crachats, on retrouve les mêmes organismes ressemblant à des conglomérats de bacilles tuberculeux.

Successivement on ouvre des abcès à contenu identique au côté droit du cou, puis entre l'omoplate gauche et le rachis, etc. Aucune des plaies ne se referme.

Le pus ne contient pas d'autres microorganismes.

Mort le 10 octobre, huit mois après le début des phénomènes morbides.

Autopsie : Émaciation extrême. Pas d'épanchement pleural. Adhérences résistantes des sommets des deux poumons, plus étendues à gauche, où les lésions sont plus considérables et consistent en cavernules multiples.

Les muscles du cou sont transformés en un tissu de granulations, mou, pâle, friable, traversé de nombreux trajets fistuleux qui communiquent tous entre eux et avec le sommet des poumons.

Vertèbres et côtes intactes. J B.

I. — L'acromégalie, étude clinique, par MARIE (*Progrès médical*, 16 *mars* 1889).

II. — Ueber Akromegalie, par W. A. FREUND (*Samml. klin. Vortr.*, *n°* 329, 1889).

III. — Autopsie d'un malade affecté d'acromégalie, par FRÆNTZEL (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 1056, 24 *décembre* 1888).

IV. — Ein Fall und ein Skelet von Akromegalie, par Rud. VIRCHOW (*Ibid.*, *p.* 81, 4 *février* 1889).

V. — Cas d'acromégalie avec autopsie, par FRÆNTZEL (*Ibid.*, *p.* 511, 18 *juin* 1888).

VI. — Acromégalie avec absence de thymus et de corps thyroïde, par EWALD (*Ibid.*, *p.* 238, 18 *mars* 1889).

VII. — Ein Fall von Akromegalie, par BIER (*Wien. klin. Woch.*, *p.* 469, *n°* 22, 1888).

VIII. — Some remarks on acromegalia, par J. ADLER (*New York County medic. Associat.*, 15 *octobre* 1888).

I. — Les nouveaux faits observés par Marie confirment et complètent le tableau qu'il a donné de cette maladie. Elle se caractérise à première vue par l'hypertrophie des extrémités (mains, pieds, tête). Les mains sont énormes, les doigts en forme de saucisson; le poignet est un peu augmenté; les pieds sont très gros, camards; les malléoles sont grossies. A la face le front est bas, avec saillie des rebords orbitaires, les paupières épaissies, le nez très volumineux; les pommettes sont saillantes, la lèvre inférieure est proéminente et renversée en dehors; le menton, gros, massif, saillant en bas; la langue peut doubler de volume.

En général il y a en outre une cyphose de la région dorsale supérieure; le cou est gros, court, la tête semble enfoncée dans les épaules; quelquefois il y a de la scoliose. La circonférence thoracique est très augmentée; la cage est aplatie latéralement et très saillante en avant, surtout au niveau du xyphoïde. Chez deux malades, Marie a constaté une force musculaire très supérieure à la normale.

Habituellement les malades accusent une céphalalgie parfois intense, une perte plus ou moins complète de la vue; la peau est flasque, sèche, jaune; la voix grave, forte, l'appétit et la soif sont insatiables; un des malades était diabétique. Le cœur est augmenté de volume, et souvent il y a des varices ou des hémorrhoïdes.

La verge est souvent grossie, en même temps qu'il y a frigidité et im-

puissance plus ou moins complètes; chez les femmes, la suppression des règles est un symptôme précoce.

L'évolution semble pouvoir durer 20, 30 ans et plus; le début a lieu en général entre 20 et 30 ans.

Marie insiste sur les erreurs que peut amener la combinaison du rachitisme et du lymphatisme, il admet l'existence de 16 cas indiscutables en dehors des 6 qu'il a vus lui-même. H. L.

II. — L'auteur donne l'histoire d'une femme nettement acromégalique qu'il avait observée en 1872, et y joint l'état actuel dont la description est donnée par son frère, habitant la même ville que cette malade. — L'aspect et les différents symptômes sont ceux que l'on rencontre d'habitude dans les cas de ce genre. De nombreuses photographies se trouvent à la fin de la brochure.

Quant à la nature même de l'affection, l'auteur pense qu'il s'agit là d'un trouble de l'accroissement physiologique plus ou moins en rapport avec la puberté, et dans un schéma ingénieux il s'efforce de montrer qu'un acromégalique n'est qu'un composé de géant et de nain. PIERRE MARIE.

III. — Voici les particularités de ce cas. Le malade chez lequel l'acromégalie existait depuis sa première jeunesse, et dont l'enfant, âgé de 11 ans, présente également des pieds énormes, a succombé à la tuberculose. A son autopsie, on n'a pas trouvé trace de thymus, et l'hypertrophie de l'hypophyse cérébrale était peu considérable (*R. S. M.*, XII, 173; XXII, 442; XXIX, 150; XXXII, 135 et 541). J. B.

IV. — Virchow présente un squelette d'acromégalie et un homme atteint de la même affection. Le squelette est celui de Mennig, dont l'observation a été publiée par Fræntzel. A l'autopsie, on n'a pas trouvé trace de thymus; l'hypophyse cérébrale et le corps thyroïde n'offraient rien d'anormal. Le rachis a une scoliose dorso-lombaire; il est surmonté d'exostoses ainsi que les os du bassin, l'omoplate, etc.; les phalanges sont garnies d'ostéophytes.

Quant au malade, le nommé Westphalen, il lui est impossible de préciser le début de son affection; tout enfant, déjà on disait qu'il ferait un géant. Il est père de 6 enfants sans aucune anomalie; son système musculaire et sa force sont remarquables; il porte sans difficulté 8 quintaux sur son dos. La circonférence de la première phalange de son pouce est de 100 millimètres; celle de la première phalange de son médius de 114, celle de la deuxième de 88; enfin celle de son gros orteil de 132.

Mais ce qu'il a de plus intéressant, c'est le développement exagéré de sa tête; tandis que la circonférence normale maximum est de 500, chez lui elle est de 655; chez Mennig, elle n'était que de 532. La largeur de la tête de Westphalen est de 168, au lieu de 150 maximum normal; la longueur est de 229, au lieu de 200.

Aucun des nombreux géants examinés par Virchow n'avait le pied et la tête aussi volumineux. Chez le géant Irlandais Murphy, la longueur de la tête était seulement de 205; chez l'Autrichien Winkelmeyer de 217; chez un soldat gigantesque de la garde parisienne de 197; enfin chez Mennig de 186.

Cependant la taille des deux géants Irlandais et Autrichien était respectivement de $2^{m}35$ et $2^{m}503$, tandis que celle de Westphalen n'est que de $1^{m}838$. Il est intéressant de constater que son indice céphalique est resté normal; il est de 73,3, chiffre correspondant précisément à celui des Allemands de l'Ouest.

Sa mâchoire inférieure ne présente pas de volume excessif, et les parties molles de la face sont moins hypertrophiées que celles des doigts et orteils.

Son corps thyroïde semble petit. En percutant le haut du thorax on ne constate pas la matité triangulaire qu'Erb (*R. S. M.*, XXXII, 541) a rattachée à la persistance du thymus. J. B.

V. — C'est la 4e autopsie publiée de cette affection. Le malade était buveur

et phtisique. A la face et aux extrémités des membres, il présentait un développement anormal du squelette et des parties molles ; ses mains étaient grosses comme des pattes ; les os du corps et des doigts très volumineux ; les parties molles correspondantes pâteuses. Les pieds, le nez, les lèvres étaient également déformés. Pas de matité au-dessus du sternum. Obnubilation légère du sensorium. L'état morbide existait dès l'enfance. Plus tard survint de la polydypsie sans boulimie.

Autopsie. Dos du nez large de 6cm5 ; index longs de 10cm5 ; maximum d'épaisseur du crâne, 8 millimètres. Tubercules pulmonaires. Hypertrophie et dilatation du ventricule droit ; dilatation du ventricule gauche. *Pas de thymus.* Corps thyroïde normal. Hypertrophie du corps pituitaire.

Des deux enfants de cet homme, l'un, une fillette de 13 ans, est atteint de la même affection (*R. S. M.*, XII, 173 ; XXII, 422 ; XXIX, 150 ; XXXII, 135 et 541). J. B.

VI. — Homme de 50 ans atteint de cancer pulmonaire et présentant depuis 2 ans une augmentation de volume des quatre extrémités. Mains très larges, doigts anormalement épais et très longs, terminés en massue ainsi que les ongles, qui sont cannelés longitudinalement. Pas de corps thyroïde apparent. A la partie supérieure du sternum, matité en triangle à sommet inférieur (persistance du thymus d'après Erb).

Pas d'hérédité. Mort par embolie pulmonaire.

Autopsie : noyaux cancéreux disséminés dans le poumon gauche, et la plèvre (avec épanchement hémorragique) ; métastases ganglionnaires et surrénales, endocardite tricuspidienne.

Absence complète de corps thyroïde et de thymus. La matité triangulaire au niveau du sternum tenait à des ganglions médiastinaux envahis par le cancer. J. B.

VII. — Il s'agit d'un homme de 31 ans, dont l'affection commença par l'hypertrophie du pouce, bientôt suivie de celle des autres doigts. Bier observa successivement l'augmentation de la poitrine, la difficulté de la déglutition par suite de l'hypertrophie du larynx, l'accroissement du nez et du lobule des oreilles, la tuméfaction des paupières, la cyphose des vertèbres cervicales et l'atrophie de la glande thyroïde. Les autres symptômes, brièvement décrits, sont ensuite des varices aux jambes, une très grande faiblesse, malgré l'intégrité apparente ou réelle des muscles, une diminution de la sensibilité dans les membres supérieurs, des douleurs lancinantes dans le bras et la jambe gauche, enfin parfois quelques douleurs de tête. Jamais aucun trouble ni de l'intelligence ni des organes des sens. Aucun autre renseignement. L. H.

VIII. — C'est le premier exemple observé en Amérique de la maladie décrite par Marie.

Allemande de 34 ans, mariée, sans antécédents héréditaires ; trois frères bien portants. La menstruation, survenue à l'âge de 15 ans, a toujours été irrégulière, a totalement cessé trois ans après. C'est à l'âge de 20 ans qu'elle a vu survenir les premiers symptômes de l'affection. Actuellement volume considérable de la tête, projection marquée de la mâchoire, langue hypertrophiée. Mains et pieds immenses. Les os sont élargis, les muscles sont partout flasques et atrophiés.

Pas de lésion au fond de l'œil ; aucun trouble de la fonction urinaire. Le sang a sa composition normale. Diminution de la sensibilité cutanée ; diminution de l'excitabilité électrique. Affaissement intellectuel bien prononcé, apathie ; la malade était autrefois très vive. A. C.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

De l'étiologie du prolapsus des organes génitaux chez la femme, par VIGNARD (*Arch. de tocol., février* 1889).

De l'analyse et de la critique intéressantes de 130 observations personnelles, l'auteur conclut que le prolapsus utérin reconnaît pour causes :

7 fois l'hérédité — chez les ascendants, on a constaté des hernies ou des prolapsus ;

3 fois l'incontinence nocturne d'urine dans l'enfance ;

6 fois un début brusque à la suite d'un effort et plusieurs fois chez des nullipares, 6 fois un début lent et graduel ;

9 fois un ou plusieurs accouchements antérieurs. Il est à noter, par conséquent, que le prolapsus utérin fut observé chez des nullipares ;

10 fois l'âge avancé, c'est-à-dire au-dessus de 40 ans ;

7 fois la cystocèle et le rectocèle, 1 fois le rectocèle, 2 fois la cystocèle, 2 fois le rectocèle l'emportait sur la cystocèle, une seule fois seulement il n'y avait ni cystocèle ni rectocèle.

Au point de vue du traitement, rarement le pessaire amenda notablement les malaises éprouvés par les malades. PORAK.

Ueber Hœmatome in der... (Perforation spontanée d'un hématocolpos), par Fritz Bessel HAGEN (*Arch. f. klin. Chir., t. XXXVIII, 2e fasc., p.* 278).

Dans les derniers jours du mois d'avril 1885, une jeune fille de 16 ans, jusque-là bien portante, mais non réglée, ressentit de violentes douleurs dans la région hypogastrique. Au bout de quelques jours tout s'apaisa. Quatre semaines plus tard elle eut une seconde crise; mais les douleurs persistèrent, et le 2 juin les douleurs s'étendirent du côté de la grande lèvre droite et s'accompagnèrent de rétention d'urine. En même temps, il se formait une grosse tumeur dans les parties génitales externes. On constata que la grande et la petite lèvre droites énormément tuméfiées et très sensibles obstruaient l'entrée du vagin. Le mont de Vénus et la partie inférieure de l'abdomen présentaient une teinte ecchymotiques. Le doigt appliqué sur les parties tuméfiées percevait un frémissement particulier. La tuméfaction augmentait d'instant en instant. La malade ayant été endormie, on constata que l'hymen était imperforé. L'examen bimanuel par le rectum et la paroi abdominale permit de reconnaître un hématocolpos. Après désinfection des organes génitaux externes, V. Bergmann fait une petite incision à l'hymen. Le sang s'écoule en jet. Un doigt introduit avec précaution dans le vagin permet de reconnaître du côté droit, juste dernière l'hymen, une petite déchirure de la paroi vaginale. C'est par là que le sang avait pénétré du vagin dans le tissu cellulaire en produisant le frémissement signalé. Un drain fût placé, puis nettoyé tous les jours. Mais on ne fit, ni le jour de l'opération ni plus tard, aucun lavage. On prit seulement la précaution de sonder la malade pendant les premiers jours pour éviter de souiller le pansement par l'urine. La guérison se fit sans incident : la jeune fille est maintenant bien réglée.

La rupture s'est produite, dans ce cas, dès la seconde menstruation, ce qui est tout à fait exceptionnel. En outre, la rupture a porté sur le vagin, de

telle sorte que le sang a pu s'infiltrer très loin dans le tissu cellulaire. Au point de vue du traitement, l'auteur recommande de ne pas faire d'injection vaginale, à moins qu'il n'y ait des signes d'altération putride du sang.

PIERRE DELBET.

Ueber die Unterbindung der Uterusgefässe (Ligature des vaisseaux de l'utérus), par A. v. GUBAROFF (*Cent. f. Chir.*, *n°* 22, *p.* 369, 1889).

L'opération imaginée par Gubaroff a été pratiquée avec succès sur le vivant par Sneguireff. Elle consiste à lier les artères utérines et utéro-ovariennes sous le péritoine. On fait la même incision que pour la ligature de l'iliaque interne et on chemine sous le péritoine jusque dans le petit bassin. Le meilleur point de repère pour l'artère utérine serait son croisement avec l'uretère. Quant à l'artère du ligament rond, on la lie dans l'angle interne de la plaie. Cette triple ligature serait indiquée dans les cas de carcinomes inopérables donnant lieu à des hémorragies, et comme acte préparatoire dans les cas de tumeurs incluses dans les ligaments larges.

PIERRE DELBET.

I. — Mémoire sur le traitement local de l'endométrite chronique, par DUMONTPALLIER ; rapport par POLAILLON (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 23 *juillet* 1889).

II. — De l'amputation anaplastique du col dans la métrite cervicale rebelle, par CHANTELOUBE (*Thèse de Paris*, 1888).

I. — Dumontpallier a recours au chlorure de zinc, en crayons ou bâtons, composés d'une partie de chlorure pour deux ou trois parties de farine de seigle; après avoir lavé la cavité vaginale avec un liquide antiseptique et reconnu la direction et l'étendue du canal cervico-utérin, on introduit dans l'utérus un bâton de chlorure de zinc ayant la longueur, la courbure et l'épaisseur appropriées à chaque cas particulier.

Depuis cinq mois, une centaine de malades ont été traitées de cette façon pour des endométrites chroniques muco-purulente, pyo-hémorragique et hémorragique; 96 fois la guérison a été obtenue en 19 jours, terme moyen, sans aucune complication; dans 4 cas, il y a eu de la pelvi-péritonite et un phlegmon du ligament large. Chez toutes ces malades, le retour de l'écoulement menstruel s'est montré sans douleurs, quelquefois cinq à six semaines après la chute de l'eschare, d'autres fois à l'époque normale ; plus rarement, il était avancé de trois ou quatre jours; chez quatre d'entre elles, il y a eu grossesse depuis la guérison.

Polaillon a appliqué ce même traitement à une quarantaine de femmes, et il a obtenu 38 guérisons, une amélioration et un insuccès : sauf dans 3 cas, les règles sont revenues régulièrement ; chez aucune, il n'y a eu de grossesse ; peut-être est-il à craindre que ces cautérisations aient quelque action trop destructive ; aussi il paraît prudent de les faire légères chez les jeunes femmes. Toutes les endométrites chroniques sont justiciables de ce traitement; quant aux métrites aiguës, elles ne le réclament que si elles sont d'origine blennorragique ou infectieuse.

OZENNE.

II. — Travail d'ensemble sur l'opération dite de Schrœder, basée sur 20 observations inédites, utile à consulter. On y trouvera une bonne description de cette opération.

Les caustiques liquides et la médication ignée exposent à l'atrésie du col, l'opération d'Emmet ne répond pas aux mêmes indications. L'opération de Schrœder est indiquée dans les cas de métrite chronique, rebelle du col, où la muqueuse cervicale a subi des altérations profondes, et notamment une hypertrophie et une dégénérescence kystique de ses glandes, alors que le parenchyme participe lui-même à la lésion.

Lorsqu'il y a simultanément endométrite, on peut, dans la même séance, pratiquer le curettage de l'utérus. PORAK.

Endométrite et salpingites tuberculeuses, par MÉNÉTRIER (*Soc. anat., p.* 475, 12 *juillet* 1889).

Deux pièces trouvées à l'autopsie de phtisiques qui n'avaient accusé aucun trouble génital. L'une d'elles est remarquable anatomiquement par une endométrite tuberculeuse diffuse avec granulations miliaires et bacilles abondants. Cette pièce est fort analogue à celles que Cornil et Dobroklonsky ont obtenus expérimentalement par injection de bacilles dans la cavité utérine. A. BROCA.

Ein neues Verfahren zur Heilung der Incontinenz... (Nouveau procédé opératoire contre l'incontinence d'urine dans les fistules vésico-vaginales avec destruction du sphincter de la vessie), par ISRAEL (*Berlin. klin. Woch., n* 5, *p.* 99, 4 *février* 1889).

Femme de 24 ans ayant une fistule de la paroi vésico-vaginale, formant un losange transversal qui admet trois doigts. Cette perte de substance commence au devant de la lèvre antérieure du col et occupe tout l'emplacement du sphincter vésical et de la paroi inférieure de l'urètre, complètement disparus. Vagin sillonné de cicatrices et inextensible.

A travers ce large orifice, on distingue les débouchés des uretères d'où l'urine s'échappe, par intervalles de quelques secondes, sous forme de jet très fin. Les deux uretères ne fonctionnent pas synchroniquement, et l'urine s'en écoule à intervalles qui ne sont pas égaux. Après avoir vainement essayé d'oblitérer la fistule par l'opération de Simon, Israël refit un urètre au moyen de la paroi supérieure subsistante de ce canal et, dans une autre séance réussit à fermer la fistule. Mais, vu l'absence de sphincter, l'incontinence ne fut nullement atténuée.

Israël tenta infructueusement d'y remédier, tantôt en rétrécissant le canal, tantôt en le déviant à angle aigu, tantôt en y formant une valvule de fermeture au niveau de l'orifice externe. Un appareil compresseur se montra tout aussi inefficace.

D'autre part, l'âge de la malade s'opposait à ce qu'on recourût à la méthode de Rose : oblitération de la vulve et création d'une fistule vagino-rectale.

Israël se décida donc à pratiquer une fistule vésicale suspubienne (28 mai) et à obturer ensuite l'orifice urétral (28 juillet). La malade se sonde elle-même, trois fois dans les 24 heures, par la fistule pubienne, et n'a plus la moindre incontinence. J. B.

Die osteoplastische Resection des Kreuzsteissbeins... (Applications de la résection ostéoplastique du coccyx et du sacrum en gynécologie), par W. WIEDOW (*Berlin. klin. Woch., n°* 10, *p.* 202, 11 *mars* 1889).

Wiedow relate trois opérations gynécologiques dans lesquelles il a eu recours à la résection du sacrum et du coccyx que Kraske a préconisée pour le cancer du rectum (*R. S. M.*, XXVIII, 660, et XXXI, 676).

Les observations de Wiedow comprennent un abcès pelvien, une hystérectomie totale pour cancer et une salpingotomie double; c'est dans cette dernière que la résection sacro-coccygienne a paru le moins utile.

J. B.

Nouveau procédé pour préparer des tiges antiseptiques de tupelo, par LIATSCHNITSKI (*Arch. de tocol., janvier* 1889).

Les tiges de tupelo se dilatent lorsqu'elles sont plongées dans des solutions antiseptiques alcooliques, éthérées ou aqueuses (*R. S. M.*, XXXI p. 132) — On n'a donc pas à sa disposition un moyen simple de les rendre aseptiques, comme on le possède pour la laminaire et l'éponge préparée. L'auteur propose pour obvier à cet inconvénient de soumettre les tiges de tupelo à la température de 150° à 160° dans l'appareil stériliseur de Koch. A cette température, le tupelo n'est pas altéré dans sa texture; il diminue un peu de volume, mais il n'a pas perdu sa propriété dilatatrice lorsqu'il est exposé dans des milieux humides. Des essais bactériologiques démontrent bien que, par ce procédé, il est exempt de germes.

PORAK.

I. — De l'ablation partielle des ovaires et des trompes, par A. MARTIN (*Berlin. klin. Woch., n°* 13, *p.* 290, 1er *avril* 1889).

II. — Cinquième série de trente-cinq ovariotomies pour kystes de l'ovaire, par TERRILLON (*Bull. de la Soc. de chir., t. XV, n°* 6, *p.* 457).

III. — De l'ovariotomie pratiquée deux fois sur une malade, par JENTZER (*Arch. de tocol., février* 1889).

I.— Chez onze femmes, Martin s'est borné à retrancher la partie malade des ovaires : 4 fois il s'agissait de néoplasmes kystiques, 6 fois de rétention de liquide dans les follicules dilatés. Chez une des malades, les deux ovaires contenaient de ces follicules kystiques : Martin les ponctionna au nombre de cinq ou six de chaque côté, puis réduisit les ovaires. Toutes les opérées ont guéri et sont menstruées; trois ont conçu; parmi les autres, deux n'étaient pas mariées, et deux autres ont eu une récidive de leur affection, l'une au bout de cinq mois, l'autre au bout de trois ans. Martin leur fit la laparatomie pour enlever le reste d'ovaire dégénéré; les deux femmes sont guéries.

Chez six autres femmes, auxquelles il avait dû enlever l'ovaire et la trompe d'un côté, il a fait une opération plastique sur l'autre trompe également malade, mais dont l'ovaire était sain. Toutes les opérées ont guéri et sont réglées; la plus ancienne de ces opérations date de trois ans.

Martin trouve ces résultats encourageants, d'autant plus que les opérées sont heureuses d'avoir conservé leur fonction menstruelle et leur aptitude à concevoir.

J. B.

II. — Sur 35 ovariotomies, un seul décès dans un cas de kyste rompu en pleine péritonite. Mort 32 heures après l'opération.

Terrillon note : 28 kystes multiloculaires plus ou moins compliqués, correspondant aux kystes mucoïdes de Malassez et de Sinéty; 4 kystes

du ligament large, dont 1 inclus, simples et séreux. 1 kyste dermoïde, bilatéral.

Plusieurs de ces kystes avaient provoqué des accidents avant l'opération ; 3 étaient rompus dans le péritoine ; 4 avaient le pédicule tordu et oblitéré.

Dans 3 cas, l'opération est restée incomplète, la poche ayant dû être laissée en partie. La guérison a du reste été parfaite dans les 3 cas.

Dans 7 cas, drainage.

Dans 12 cas, lavage du péritoine à l'eau bouillie.

Dans 1 cas, paralysie intestinale complète qui a duré plus de 8 jours, et a fini par céder.

Comme soins consécutifs, Terrillon insiste sur la purgation hâtive et l'emploi du Naphtol B à la dose de 3 à 4 grammes. C. WALTHER.

III. — Les ovariotomies doubles sont graves ; il ne faut pas les confondre avec deux ovariotomies successives pratiquées chez la même malade. Les observations en sont rares ; à la suite de l'ovariotomie, on doit toujours examiner le second ovaire qui est souvent malade. Mais les lésions observées sur le second ovaire n'ont pas l'importance que leur accordent les anatomistes, si on en juge d'après la rareté des ovariotomies successives. Il est peut-être suffisant de ponctionner les kystes observés sur le second ovaire au début d'une lésion encore mal définie.

Lorsque l'ovaire laissé en place est le siège d'une tumeur, celle-ci se développe dans les 5 ans qui suivent la première ovariotomie.

L'ovariotomie pratiquée une seconde fois est une opération difficile, même pour un chirurgien exercé ; elle n'offre cependant pas plus de danger que la première opération. PORAK.

I. — **Étude sur les inflammations péri-utérines. Elles reconnaissent presque toujours pour cause une maladie des trompes et des ovaires, par A. ROUTIER, et discussion** (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, *t. XIV*, *p.* 862, 865 *et suiv.*, *et t. XV*, *n°* 1, *p.* 32 *et* 39).

II. — **Mémoire sur cinquante ovaro-salpingites traitées par la laparotomie, par TERRILLON** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 16 *juillet* 1889).

III. — **The ætiology of chronic oophoritis ; two successful operations, par Mac LAREN** (*N. York med. journ.*, *p.* 171, 18 *août* 1888).

I. — Routier rapporte 10 observations. Il accepte l'opinion d'Aran et croit que presque toutes les inflammations péri-utérines, pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, etc., reconnaissent pour cause une maladie des annexes. Des 10 observations, 4 se rapportent à des ovaro-salpingites chroniques avec adhérences, petits kystes des ovaires ; 2 à des salpingites hémorragiques ; 4 à des pyo-salpingites. Toutes ont été traitées par la laparotomie et l'extirpation des annexes ; 8 guérisons, 2 morts.

L'auteur pense qu'il faut intervenir avant que la pelvi-péritonite soit trop étendue ou trop ancienne. L'idée de rendre la femme stérile n'est pas une contre-indication. La stérilité existe déjà par le fait des lésions.

L'opération est toujours dangereuse, la décortication des ovaires et des trompes souvent très pénible ; l'hémorragie peut être très abon-

dante au moment de la rupture des adhérences ; dans une de ses opérations, Routier a dû pratiquer l'hystérectomie comme dernier moyen hémostatique.

Des deux insuccès l'un est dû à une péritonite suppurée, l'autre à une hémorragie du pédicule. La section du pédicule au thermo-cautère est un excellent moyen hémostatique en empêchant les tissus de glisser sous la ligature comme dans la section avec l'instrument tranchant. En tout cas, il faut que l'hémostase soit parfaite avant de faire les sutures. Les lavages du bassin avec de l'eau chaude à 45° n'ont pas semblé arrêter l'hémorragie. Plusieurs fois le drainage a été fait avec grand avantage.

Routier conclut de ce travail : qu'on doit proposer la laparotomie à toute malade qui, présentant depuis un certain temps, 3 ans 1/2 en moyenne, des douleurs dans le ventre, offre en outre, au toucher, des tuméfactions dans la région des ligaments larges.

D'après Lucas Championnière, la salpingite isolée est une affection rare, et les lésions sont presque toujours très complexes. L'auteur combat la théorie de la propagation de l'inflammation de l'utérus à la trompe par la muqueuse. Il s'agit presque toujours de lymphangite péri-utérine.

L'auteur invoque comme preuve, l'intégrité presque constante de la portion interne de la trompe et de l'ostium utérinum.

Il y a aussi des ovaro-salpingites primitives : traumatiques, tuberculeuses.

Pour le diagnostic de la localisation dans les annexes, il n'est pas indispensable de pratiquer l'exploration sous le chloroforme. Il est toujours possible d'établir la présence sur les parties latérales de l'utérus, sur l'angle, de paquets distincts de toute cellulite, éloignés du doigt et nécessitant la laparotomie par la douleur et les accidents qu'ils provoquent. Il suffit d'affirmer l'indication opératoire, le diagnostic se complète pendant l'opération.

L'intervention est bien différente suivant les cas : 1° ablation des annexes ; 2° détachement des adhérences autour des annexes sains en respectant l'intégrité de l'ovaire et de la trompe.

Lucas Championnière a fait 21 fois l'ablation des annexes avec un insuccès, 4 fois le simple détachement des adhérences en conservant les annexes, 4 succès.

Donc sur 25 opérations, 1 mort, soit 4 0/0 de mortalité ; la mort dans ce seul cas a été due à l'intensité extrême des réflexes utéro-ovariens, sans péritonite ni septicémie.

Championnière ne fait jamais d'antisepsie utériuse, de curage préalable ; jamais dans les opérations il ne fait de grand lavage du péritoine, jamais non plus de drainage.

Quénu (*ibid.*, p. 954) repousse la théorie exclusive de la lymphangite. La salpingite succède à l'endométrite par transmission de proche en proche de l'inflammation. Le fait est prouvé par la constatation du gonocoque de Neisser dans le pus des abcès intra-tubaires. Dans la pathogénie de l'ovarite seule, la lymphangite peut jouer un rôle important.

Quénu a suivi spécialement 11 malades atteintes de salpingite. 5 ont guéri par le repos et les injections chaudes de sublimé ; 1 par l'incision

d'une poche purulente renfermant la trompe et l'ovaire ; 5 ont dû être opérées, 5 succès. Le drainage a été très utile dans 3 cas.

Richelot a fait 6 laparotomies pour ovaro-salpingites, a perdu 2 malades de tétanos survenu le 7e jour, alors que la guérison semblait certaine. Jamais de complication de péritonite ou de septicémie. Quelquefois difficulté de diagnostic avec les fibromes.

Terrier (*ibid.*, p. 1004) a fait 8 ablations des trompes et le plus souvent aussi des ovaires, pour des salpingites, soit suppurées, soit simples, soit compliquées d'autres lésions génitales, soit :

1° Dans 4 cas, tubo-ovarites suppurées ;

2° Dans 1 cas, hémo-salpingite unilatérale ;

3° Dans 2 cas, accidents nerveux et douloureux excessifs ;

4° Dans 1 cas, kystes ovariques avec trompes très épaissies et malades.

Les salpingo-ovarites suppurées sont le plus fréquemment justiciables de la laparatomie ; le diagnostic toujours difficile pourra être aidé par des poussées inflammatoires avec accidents péritonitiques, l'élévation de la température vespérale, des frissons et la fluctuation de la tumeur.

Terrier admet la théorie de la propagation directe de l'inflammation par la muqueuse et croit la lymphangite exceptionnelle.

Lorsqu'elles suppurent, les ovaro-salpingites déterminent des accidents de pelvi-péritonite ou même de péritonite généralisée parfois mortels.

Le diagnostic de salpingite suppurée entraîne donc fatalement l'indication de l'intervention chirurgicale hâtive.

Quant aux autres variétés de salpingite, mal connues cliniquement et anatomiquement, il s'en faut qu'elles nécessitent toujours une intervention chirurgicale. Celle-ci peut être cependant indiquée par des phénomènes concomitants, comme des douleurs vives et insupportables, ou l'exacerbation des phénomènes hystériques chez les femmes prédisposées.

Reverdin (*ibid.*, p. 1016) communique une observation de pyo-salpingite avec perforation de la vessie ; laparotomie, suture vésicale, guérison.

Terrillon communique sa statistique (voy. plus loin).

Trélat (*ibid.*, p. 1035) distingue aussi très nettement le phlegmon du ligament large très rare, des foyers purulents péritonéaux. 2 fois, il a pu inciser, sans ouvrir le péritoine, de véritables foyers para-utérins, foyers de paramétrite purulente ou abcès paramétritiques. La rapidité de la guérison, dans ces cas, est remarquable.

A côté de ces cas simples, il y a des cas complexes, collections purulentes du petit bassin, à foyers multiples, avec fistules rectales, vaginales, ombilicales, inguinales ; clapiers, trajets autour de l'utérus et du rectum. A ces formes, Trélat donne le nom de cellulite pelvienne.

Enfin, un troisième groupe de lésions comprend les salpingites proprement dites, qu'on devrait, pour être exact, dénommer métro-salpingo-ovaro-péritonites. La véritable théorie pathogénique est la propagation de l'infection par la muqueuse. Le diagnostic doit être complet, précis. Les indications sont fournies par : 1° la longueur de la maladie ; 2° une

douleur vive revenant par accès ou par poussées ; 3° l'existence d'une tumeur locale siégeant sur les côtés et en arrière de l'utérus. Ces indications peuvent suffire lorsqu'à ces phénomènes locaux se joignent des accidents graves mettant la vie en danger.

Mais en général, il faut attendre les accès fébriles indiquant la présence du pus. Les pyo-salpingites doivent toujours être opérées ; les autres peuvent ne pas l'être. C. WALTHER.

II. — En deux ans et demi, Terrillon a laparotomisé cinquante femmes pour des salpingites catarrhales (24), hémorragiques (5), purulentes (17) et tuberculeuses (4) ; dans trente-deux cas il a enlevé les trompes et les ovaires, dans douze cas, les annexes d'un seul côté, et dans les six autres il n'a fait que l'ouverture et le drainage de l'une des trompes. Comme résultat, il a obtenu trente-quatre guérisons complètes, dix améliorations, deux insuccès et deux décès. De ces observations, l'auteur conclut que les ablations pour salpingites simples ou catarrhales avec adhérences ou épaississement des parois de la trompe, donnent des résultats excellents. Les salpingites hémorragiques laissent, après leur ablation, des troubles variés. Quant aux salpingites purulentes, elles sont plus dangereuses, bien qu'on puisse conjurer les chances d'infection et de péritonite par un nettoyage parfait. OZENNE.

III. — La seule affection utérine qui puisse causer l'ovarite chronique est l'endométrite septique ; le prolapsus utérin ne doit pas être incriminé. Le froid et les traumatismes ne jouent dans sa production qu'un rôle bien hypothétique ; il en est de même des fièvres, de la fièvre typhoïde, etc. On peut admettre l'influence de la cellulite pelvienne, de la péritonite pelvienne, de la péritonite en général, de la puerpéralité, de la blennorragie.

Ces deux dernières causes existaient dans deux cas où l'auteur a dû pratiquer l'opération de Tait :

1° Ovarite chronique consécutive à l'infection puerpérale chez une femme de 36 ans, mère de 6 enfants. Avortement à 4 mois, en novembre 1886, suivi d'un léger accès de fièvre puerpérale, nécessitant le repos au lit pendant six semaines ; à la suite, règles abondantes, durant six jours, douleurs, nervosisme, insomnie. L'utérus est en rétroversion, prolapsus de l'ovaire gauche qui est tuméfié et sensible. Traitement médical sans succès.

Le 19 août 1887, extirpation des ovaires et des trompes ; le gauche, retenu par des adhérences, contient de petits kystes, le droit est petit et cirrhotique. Apyrexie : la température ne dépasse pas 100°,5 (F.), le pouls 110. Guérison rapide.

Au bout de 10 mois l'opérée déclare qu'elle se trouve fort bien, elle marche et se félicite du succès de l'intervention ; elle a eu ses règles une fois.

2° Ovarite chronique consécutive à la blennorragie chez une femme de 39 ans, mère d'un seul enfant. Elle a eu, après son mariage, une pelvi-péritonite aiguë et les signes d'une vaginite blennorragique avec cystite. On a dû lui ouvrir la vessie et y placer un drain ; son mari avait du reste une urétrite suspecte. Depuis 7 ans, elle passe une partie de sa vie au lit et souffre beaucoup. Ovaire droit tuméfié, douloureux. Après cinq mois de traitement local, sans succès, l'auteur pratique l'opération de Tait. Guérison rapide et complète. L. GALLIARD.

I. — Laparotomy for reduction of an inverted uterus, par MUNDÉ (*New-York med. journ., p.* 451, 27 *octobre* 1888).

II. — Fixation de la paroi antérieure de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure dans le traitement du prolapsus utérin (Hystérorrhaphie. Hystéropexie), par F. TERRIER (*Bull. de la Soc. de chir., t. XIV, n°* 12, *p.* 889, *et Rev. de chir., n°* 3, *p.* 185, 1889).

III. — Rétroflexion utérine irréductible ; opération d'Olshausen. Guérison, par PICQUÉ ; rapport par POZZI (*Bull. et mém. de la Soc. de chir., t. XIV, n°* 12, *p.* 936).

IV. — Trois observations de ventro-fixation (hystéropexie) pour rétroversion utérine douloureuse avec ou sans ablation des annexes, par F. TERRIER (*Ibid., t. XV, n°* 1, *p.* 46).

V. — Deuxième observation d'hystéropexie pour chute de l'utérus, compliquée d'une tumeur de la trompe, par TERRIER (*Ibid., t. XV, n°* 2, *p.* 83).

VI. — Des indications et des ressources opératoires dans les rétro-déviations chroniques de l'utérus, par N. Gr. RACOVICEANU (*Thèse de Paris, n°* 181, 1889).

VII. — Du traitement des déplacements et des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds, par Édouard SCHWARTZ (*Bullet. et mém. de la Soc. de chir., t. XV, n°* 4, *p.* 241 : *discussion : p.* 256, 268, 276, 293).

I. — Une femme de 27 ans, mère de deux enfants, dont le plus jeune a 3 mois 1/2, se présente à l'hôpital le 29 mai 1888. Elle a de fréquentes hémorragies et présente une inversion complète de l'utérus, qu'on a tenté plusieurs fois de réduire sous le chloroforme. Le 20 juin, tentative très sérieuse prolongée pendant une heure sans succès. Alors le chirurgien fait une incision de deux pouces à la paroi abdominale, refoule de bas en haut l'anneau supérieur jusqu'au niveau de la plaie et s'efforce de le dilater à l'aide de l'instrument de Palmer. La dilatation ne s'effectuant pas, l'auteur emploie un ouvre-gants ; pas de succès. Il passe alors à travers le fond de l'utérus, par le vagin, un fil de soie épais dont il fixe une anse à l'aide d'un double tube à drainage et s'en sert pour attirer l'organe dans l'abdomen, tout en dilatant l'anneau avec l'ouvre-gants. Le tissu de l'utérus cède, le tube à drainage passe à travers. Il faut donc renoncer à la traction et placer une ligature sur le corps de l'utérus aussi près que possible de l'insertion du vagin ; extirpation des trompes et des ovaires, toilette de la cavité péritonéale, occlusion de la plaie, irrigation du vagin avec la solution de sublimé à 1/5000, pansement iodoformé. En tout, une heure quarante d'opération.

Au bout de 2 jours on enlève le pansement, et dès lors on lave le vagin toutes les 3 heures avec la solution de Thiersch. Pendant 9 jours la température oscille entre 101 et 102° F. le pouls entre 100 et 130. Au bout de 13 jours, l'élimination des fragments utérins s'étant effectuée progressivement, le col persiste seul et son canal est oblitéré. L'opérée sort du lit le 14e jour. Guérison complète. L. GALLIARD.

II. — Terrier rapporte deux observations personnelles d'un nouveau procédé de fixation de l'utérus à la paroi abdominale.

Terrier suture la paroi antérieure de l'utérus aux lèvres de la section abdominale faite pour la laparotomie. Cette manière de faire, qui se rapproche beaucoup de celles que Lawson, Tait, Henning, Czerny surtout Léopold ont utilisées pour remédier à la rétroversion de l'utérus, en diffère cependant par certains points, à savoir : les sutures comprennent

toute la paroi antérieure de l'utérus, depuis l'isthme jusqu'au fond; l'emploi du catgut au lieu de fil de soie; enfin l'inclusion de la suture dans la plaie abdominale médiane, celle-ci étant fermée au-dessus de chacune des anses de catgut.

Dans les 2 cas où Terrier a employé ce procédé, le résultat immédiat a été excellent, en ce sens que l'utérus a été parfaitement fixé à la paroi abdominale et que le prolapsus a disparu.

Un examen plus prolongé des malades opérées pourra seul faire formuler une opinion ferme sur la valeur définitive de l'opération.

Trélat propose le terme hystéropexie. C. WALTHER.

III.—Picqué a opéré une femme de 32 ans, dans les conditions suivantes :

Douleurs depuis 6 ans de plus en plus violentes; col sain; cavité 7 cent. 1/2. Rétroflexion à angle très aigu. Séances de redressement par la méthode de Trélat donnent une mobilisation assez facile de l'utérus. Mais la malade quitte l'hôpital, revient au bout de 3 jours avec de la douleur et de l'empâtement du côté gauche et l'utérus replacé en rétroflexion.

Opération : Incision de 6 à 7 centimètres à égale distance entre le pubis et l'ombilic. Entre l'utérus et le rectum, adhérences filamenteuses au niveau du fond de l'utérus, mais larges et membraneuses dans le cul-de-sac recto-utérin. Mobilisation de l'utérus par destruction des adhérences. Ablation des annexes gauches malades. Pour fixer l'utérus, 3 points de suture à la soie dans le ligament large du côté gauche, 2 points du côté droit; les points supérieurs à droite et à gauche traversent le ligament rond. Sac de gaze iodoformée dans le cul-de-sac de Douglas, suivant le procédé de Mikulicz. Sutures. Les lanières de gaze iodoformée sont retirées le 2e jour, le sac de gaze iodoformée le 4e. Guérison.

Dans son rapport sur cette observation Pozzi fait l'historique de la question; l'opération a été pratiquée 37 fois de parti pris, 4 fois pour prolapsus, 33 fois pour rétrodéviation, rétroflexion ou rétroversion. Enfin, 15 fois l'utérus a été fixé à la paroi au cours d'une autre opération, ovariotomie le plus souvent.

Au point de vue technique, on peut distinguer 3 procédés principaux :

1° Procédé de la fixation indirecte : (Kœberlé-Klotz). Fixation à la paroi du pédicule de la trompe et de l'ovaire enlevés.

2° Procédé de fixation directe du corps utérin par ses bords (Olshausen-Saenger), 3 sutures de chaque côté de l'utérus.

3° Procédé de fixation directe de l'utérus par son fond (Léopold). C'est ce procédé qui a été modifié par Terrier.

Dans les cas publiés jusqu'ici, pas une mort. On a constaté des guérisons durables après 14 et 16 mois, mais aussi des récidives au bout de 3 mois. On ne connaît pas non plus l'influence de la grossesse sur l'utérus suturé à la paroi.

Au point de vue des indications, l'hystéropexie paraît devoir être réservée, dans les cas de rétrodéviation, aux rétroflexions irréductibles avec fausses membranes et adhérences dans le cul-de-sac de Douglas, l'opération d'Alexander devant être préférée pour les rétroflexions réductibles.

Dans les cas de prolapsus, il faut tenir grand compte de l'hypertrophie concomitante du col utérin et du relâchement du vagin. Il sera donc souvent nécessaire de joindre à l'hystéropexie l'amputation c onoïde du col la colpopérinéorrhaphie, etc. C. WALTHER.

IV. — 1° Fille de 29 ans. Rétroflexion douloureuse. Ovaire gauche inclus dans le cul-de-sac péritonéal postérieur.

Laparotomie, dégagement de l'ovaire. Fixation de l'utérus à la paroi abdominale. Guérison. Bon résultat qui s'est maintenu jusqu'ici.

2° Femme de 36 ans. Rétroversion avec névralgie pelvienne.

Laparotomie. Ablation des annexes malades. Fixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure. Bon résultat. Utérus bien maintenu. Plus de douleurs.

3° Femme de 24 ans. Rétroversion. Douleurs vives névralgiques, avec irradiations étendues. Phénomènes hystériques assez accusés.

Laparotomie, ablation des annexes. Suture de l'utérus à la paroi. Bon résultat. Plus de douleurs abdominales. Utérus bien fixé.

Plusieurs membres de la société rapportent des cas d'hystéropexie où cette opération a été fort avantageuse pour les malades. C. WALTHER.

V. — Prolapsus complet de l'utérus, chez une femme de 47 ans; réduction très difficile, pas complète. Douleurs très vives, station debout impossible. Laparotomie. Adhérences de l'intestin grêle au fond de l'utérus. Tumeur située à gauche, fluctuante, située dans le ligament large dédoublé, énucléation très difficile; rupture de la poche purulente qui est enlevée par morceaux. Puis réduction de l'utérus et fixation par 3 points de gros catgut dont les anses comprennent toute l'épaisseur de la paroi, moins la peau et une partie de la paroi antérieure de l'utérus.

Un mois après l'opération, la malade se lève, portant une ceinture abdominale. Utérus bien fixé. Marche facile sans douleurs.

L'examen anatomique a montré que la tumeur était constituée par une poche kystique dans laquelle s'abouchait la trompe et qui était formée par l'extrémité externe de cette trompe et par l'ovaire et le ligament large. Contenu muco-pus. Teinte ocreuse indiquant la nature primitivement hématique du contenu.

Terrier insiste sur les difficultés de l'opération, dues aux adhérences, à la salpingite suppurée, etc., complications qui succèdent à la métrite déterminée par le prolapsus.

De là l'indication d'opérer vite la chute de l'utérus, pour éviter ces complications. C. WALTHER.

VI. — Racoviceanu divise les rétrodéviations en 3 groupes : 1° mobiles et facilement réductibles; 2° résistantes ou difficilement réductibles; 2° adhérentes ou irréductibles; division capitale, établie par Trélat et qui entraîne les indications thérapeutiques absolument différentes suivant les cas.

Dans les déviations postérieures facilement réductibles, et dans les résistantes, l'opération d'Alquié-Alexander est efficace; elle assure la guérison du déplacement et fait disparaître la douleur due à la position vicieuse.

Dans les rétroflexions adhérentes, irréductibles, le raccourcissement des ligaments ronds échoue en général. Dans ces cas, abstension ou hystéropexie.

L'hystéropexie est rationnelle et indiquée : 1° En cas d'échec de l'opération d'Alexander et lorsqu'il y a rétroflexion douloureuse et irréductible; 2° En cas de fausse réduction; 3° par le prolapsus de l'un ou des deux ovaires, et leurs adhérences serrées au péritoine pariétal ou aux viscères.

La suture du fond de l'utérus à la paroi abdominale, lorsque la laparotomie est faite dans un autre but, ne doit être pratiquée que si la matrice offre de la tendance à reprendre sa position vicieuse.

L'endométrite, si elle existe, doit être traitée en premier lieu, avant toute opération de réduction ou de fixation.

Racoviceanu rejette, en terminant, l'application de l'hystéropexie aux rétrodéviations mobiles et facilement réductibles. C. WALTHER.

VII. — Schwartz communique les résultats de 10 opérations qu'il a pratiquées depuis un an. Il recommande la suture soignée de l'incision de l'aponévrose du grand oblique quand on a dû la sectionner. Le raccourcissement du ligament rond a varié de 5 à 8 ou 9 centimètres. Le ligament a toujours été, sauf dans un cas, pelotonné et laissé dans la plaie.

Toutes les opérations ont été faites pour des rétroflexions facilement réductibles ou plus résistantes.

Résultats immédiats. — 1° Du côté de l'utérus : bons, 6 fois; médiocres, 3 fois; nuls, 1 fois.

2° Du côté des troubles fonctionnels : bons, 7 fois; médiocres, 1 fois; nuls, 2 fois.

Résultats éloignés. — Bons au bout de 11 mois, 2 cas; de 10 mois, 1 cas; de 9 mois, 1 cas; de 4 mois, 1 cas; un autre cas bon immédiatement est trop récent pour être indiqué ici. Nuls ou médiocres 3 cas, *inconnu* 1 cas; le prolapsus et la déviation avaient été absolument corrigés par l'opération. Ligaments très forts. La réduction a dû se maintenir. La malade n'a pas été revue.

Au point de vue des troubles fonctionnels toutes les malades de la première catégorie sont en bon état, très soulagées. De celles de la seconde, 2 n'ont tiré aucun profit de l'opération; la 3e est très soulagée.

Lucas Championnière préfère l'hystéropexie à l'opération d'Alexander qui n'agit que comme un pessaire, tandis que la laparotomie permet, du même coup, de se rendre un compte exact de l'état des annexes et de les enlever au besoin.

Pour Trélat, l'opération d'Alexander convient surtout, presque uniquement, aux cas de rétroflexion ou de déviation exempts de toute complication. Elle ne peut exercer aucune action utile sur le prolapsus puisqu'elle attire l'utérus en bas et en avant.

S'il y a métrite en même temps que rétroflexion, il est nécessaire de combattre d'abord cette métrite comme l'a fait Schwartz.

Trélat a fait 14 fois l'opération d'Alexander, 9 fois pour des rétroflexions mobiles ou facilement mobilisables. De ces 9 cas, 2 sont tout récents, 2 ont été perdus de vue, dans les 5 autres, les malades ont été suivies; les résultats sont de tout point excellents; l'utérus est bien fixé; les douleurs ont disparu.

Lorsque l'opération doit rester sans résultat, dès le premier mois on constate que l'utérus est retombé en arrière; si, au second mois, la situation reste correcte, le succès est assuré.

L'opération est régulière, facile, dépourvue de tout danger; elle donne d'excellents résultats thérapeutiques si elle est exécutée dans les cas seuls où elle est indiquée.

Bouilly divise les rétrodéviations en : 1° *simples*, qui constituent à

elles seules *toute* la maladie, elles sont mobiles, réductibles et coercibles après réduction; 2° *compliquées*, auxquelles se trouve adjoint un élément morbide, douloureuses, irréductibles ou difficilement réductibles, incoercibles ou difficilement coercibles.

Dans les cas simples, tous les procédés de *réduction* sont bons. La *contention* est facile si le vagin et le périné sont en bon état. Bouilly se sert du pessaire de Hodge. Si le périnée est mauvais, il faut d'abord faire la colpopérinéorraphie.

Bouilly rejette absolument l'opération d'Alexander et à plus forte raison l'hystéropexie dans les cas simples dans lesquels le pessaire de Hodge réussit très bien.

Dans les cas complexes, ne rien faire contre la déviation; traiter la métrite, et faire, suivant les indications, l'ablation des annexes malades. Bouilly rejette l'hystéropexie comme traitement curatif, et ne la considère que comme une manœuvre complémentaire dont l'efficacité n'est pas démontrée.

Segond a fait : 2 opérations d'Alexander pour prolapsus : (1 bon résultat, 1 médiocre) et 4 pour rétroflexion; sur ces 4 dernières, 1 rétroflexion mobile, réductible, bon résultat; 3 rétroflexions adhérentes, 1 résultat bon au bout de 2 mois, 2 mauvais, reproduction de la rétroflexion au 3e mois. S'il y a des adhérences péritonéales solides, il faut faire la laparotomie et enlever les annexes au besoin. Segond, dans l'opération d'Alexander, fixe le ligament rond par un nœud qui passe dans deux boutonnières faites aux lèvres de l'incision de l'aponévrose.

Richelot cite deux observations : dans la première, les ligaments ronds, gros et friables ont été effilés et l'utérus n'a pu être réduit, dans la seconde le résultat immédiat a été bon, mais la rétroflexion s'est reproduite au bout de 3 mois. De plus 2 hernies inguinales au niveau des cicatrices.

Terrillon cite 5 cas : 3 rétroflexions réductibles, 3 succès; 2 adhérentes, 2 insuccès, reproduction de la déviation au bout de 3 mois et de 6 mois.

C. WALTHER.

I. — Myomes de l'utérus pédiculés et douloureux. Leur ablation par la laparotomie, par TERRILLON (*Bullet. et mém. de la Soc. de chir., t. XV, n°* 2, *p.* 117).

II. — Ablation par la voie vaginale des fibromes volumineux et à large base d'implantation, par TERRILLON (*Ibid., t. XV, p.* 405, 419, 423, 445).

III. — Élimination spontanée des polypes sous l'action de l'électrolyse, par LA TORRE (*Arch. de toc., décembre* 1888, *janvier et février* 1889).

IV. — On myoma and fibro-myoma of the uterus and allied tumours of the ovary, par Alban DORAN (*Trans. of the obst. Soc., XXX*, 1888).

I. — Terrillon a pratiqué 5 fois la laparotomie pour des corps fibreux pédiculés et douloureux. Dans les 5 cas, le résultat a été très bon. Les douleurs n'ont plus reparu après l'ablation des myomes.

Ces sortes d'accidents du côté du système nerveux et du tube digestif sont rares dans les fibromes mobiles sous-péritonéaux. Les tumeurs ne sont, dans ces cas, pas très volumineuses (1 à 2 kilogrammes), et les accidents et non le volume deviennent une indication opératoire.

Le phénomène dominant est toujours la douleur localisée à l'endroit où la tumeur est accessible par la paroi abdominale. Irradiation habituelle de la douleur en un point éloigné, surtout au creux épigastrique. La douleur cesse dans le décubitus dorsal.

Un second phénomène très important est constitué par des troubles gastriques et intestinaux, nausées, crampes d'estomac, vomissements souvent attribués à une autre cause, alors même que le fibrome a été reconnu.

Souvent il y a des fibromes interstitiels concomitants qui ne semblent pas avoir une grande influence sur la douleur. Chez 2 des malades opérées par Terrillon, les fibromes interstitiels n'ont donné lieu à aucun phénomène douloureux après l'ablation du fibrome pédiculé.

Les tumeurs enlevées étaient toujours très irrégulières, bosselées. Terrillon attribue les douleurs à ces irrégularités de la masse mobile, exerçant sans cesse des tiraillements et des froissements ; mais surtout il incrimine les adhérences épiploïques qui existaient chez 4 des opérées, comme cause des douleurs aiguës qu'elles éprouvaient.

Terrillon cite en outre un cas dans lequel un fibrome mobile détermina, en s'enclavant brusquement sous les fausses côtes, des phénomènes d'obstruction intestinale. La tumeur put être déplacée, mais depuis tiraillements dans la région épigastrique.

L'incision de la paroi abdominale doit être assez longue pour enlever ces tumeurs qu'on ne peut réduire. L'issue est plus ou moins facile suivant la longueur du pédicule. La section doit, en tout cas, porter sur la partie étroite qui unit l'utérus à la tumeur. Ce pédicule étant souvent très volumineux et musculaire, la soie est insuffisante pour la ligature, et Terrillon conseille l'emploi d'un cordon de caoutchouc plein, ou mieux d'un tube de caoutchouc non perforé. C. WALTHER.

II. — Terrillon a enlevé 5 fois avec succès des fibromes volumineux, non pédiculés proéminant dans la cavité utérine.

Pour arriver dans la cavité utérine, section bilatérale du col jusqu'au cul-de-sac vaginal, dilatation de l'orifice du col avec les doigts, débridements au bistouri boutonné. Il faut pouvoir introduire 2 ou 3 doigts dans la cavité.

Si la tumeur est saillante et isolée, l'arrachement par fragments avec de grosses pinces à kystes garnies de dents, suffit quand le tissu est mou ; la section avec de longs ciseaux courbes est nécessaire pour les tumeurs plus dures.

Si le fibrome ne fait pas saillie dans la cavité, est interstitiel, il faut sectionner avec le bistouri boutonné la couche enveloppante, puis la décoller avec le doigt. Le fibrome mis à nu est alors attaqué directement avec les pinces ou les ciseaux.

L'ablation doit être complète en une seule séance.

Bouilly et Segond rapportent des cas analogues. C. WALTHER.

III.—L'auteur relate huit observations où sous l'influence des courants continus, des corps fibreux d'abord interstitiels sont devenus sous-muqueux et ont pu être ensuite extraits chirurgicalement.

Ces résultats justifient l'opinion d'Apostoli que l'électrolyse d'une façon générale guérit symptomatiquement les fibromes, éclaire souvent le diagnostic et devient quelquefois le meilleur auxiliaire de la chirurgie.

Comparant ensuite l'électrolyse à la castration, à la myomectomie, à l'hystérotomie, l'auteur montre qu'elle n'est pas dangereuse, quoiqu'il avance qu'elle n'agit que contre les symptômes à titre de traitement palliatif. PORAK.

IV. — Tandis que les myomes de l'utérus sont très communs, les fibromes de l'ovaire sont, au contraire, rares. Le diagnostic histologique des tumeurs de l'ovaire comporte des difficultés qui tiennent à la grande ressemblance des fibres musculaires lisses avec certaines fibres fusiformes du tissu fibreux et avec les cellules allongées du sarcome. Le travail d'A. Doran est consacré à la description de ces variétés de cellules et à leur distinction suivant leurs caractères propres, le milieu qu'elles occupent, leur mode de groupement et le développement, etc. Il passe ainsi en revue les myomes et les fibro-myomes de l'utérus, et, en regard de ces tumeurs, les fibromes, les fibro-myomes et les sarcomes de l'ovaire.

Il montre leur structure différente et conclut que pour établir nettement le diagnostic de la nature d'une tumeur ovarique, il suffit, en somme, de comparer des coupes de cette tumeur à des coupes de myome utérin. La distinction entre les cellules musculaires et les cellules fusiformes du fibrome et du sarcome, si semblables en apparence, devient alors facile et évidente. CH. MAYGRIER.

I. — De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus, par Paul VALAT (*Thèse de Paris*, *n°* 53, 1888).

II. — Hystérectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer du col de l'utérus (valeur comparée), par Maurice BARRAUD (*Thèse de Paris*, *n°* 17, 1889).

III. — Erfahrungen über Totalexstirpation des Uterus, par R. KALTENBACH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 18, *p.* 389, *et n°* 19, *p.* 417, 6 *et* 13 *mai* 1889).

IV. — Ueber die Behandlung des Carcinomā Uteri (Traitement du cancer utérin), par PERNICE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 6, *p.* 112, 1889).

I. — Valat donne dans cette thèse une histoire complète du cancer primitif du corps. Il a pu rassembler 34 observations qui établissent les faits suivants, résumés sous forme de conclusions :

L'épithélioma est la seule variété de cancer qui envahisse primitivement le corps de l'utérus. Le volume des utérus opérés est toujours notablement augmenté ; la forme générale est conservée, la surface péritonéale absolument normale, dans le plus grand nombre des cas.

L'épithélioma se présente sous 2 aspects différents : 1° végétations grisâtres, irrégulières, friables ; 2° tumeur pédiculée de volume variable.

La propagation aux organes voisins est moins fréquente que dans les cas de cancer du col. Dans une seule des observations, Valat a noté la généralisation au foie et au poumon.

L'épithélioma primitif du corps a son point de départ dans l'épithélium glandulaire. Son origine dans l'épithélium de revêtement de la muqueuse n'est pas encore démontrée. Il présente les caractères de l'épithélioma à cellules cylindriques.

Il est le plus fréquent entre 50 et 60 ans.

Début très obscur. Les signes sont par ordre de fréquence : hémorragies répétées, écoulements fétides, douleur.

Le col peut rester intact jusqu'à la dernière période. L'utérus reste mobile pendant fort longtemps — 8 à 14 centimètres de cavité à l'hystéromètre. La dilatation artificielle de l'utérus permet au doigt de reconnaître la présence soit de végétations dures, irrégulières, saignant au moindre contact, soit d'une tumeur plus ou moins pédiculée.

Marche essentiellement chronique. Durée plus longue que celle de l'épithélioma du col.

L'hystérectomie, faite à temps, donne une survie considérable. On ne connaît pas encore de guérison définitive.

Diagnostic très difficile. Sur 33 observations, 9 fois seulement on a reconnu l'épithélioma avant l'examen histologique des fongosités. Il peut être confondu avec plusieurs affections de la muqueuse (métrite fongueuse, polypes, tuberculose, sarcome); avec les corps fibreux interstitiels ou sous-muqueux, etc.

Il est prudent de toujours contrôler le diagnostic par l'examen histologique des fongosités enlevées par le curettage.

L'hystérectomie totale est la seule méthode qui permette d'espérer une guérison durable. Dans certains cas inopérables, le curettage palliatif peut rendre de grands services. C. WALTHER.

II. — Les bases sur lesquelles repose l'appréciation des deux méthodes rivales sont l'anatomie pathologique et le diagnostic topographique.

Au point de vue de l'anatomie pathologique on doit distinguer 3 formes : 1° superficielle ; 2° cavitaire ; 3° parenchymateuse. A une période avancée elles se confondent au point qu'on ne peut savoir par laquelle le cancer a débuté.

Histologiquement l'épithélioma glandulaire semble être moins rapide dans sa marche que l'épithélioma papillaire et surtout que le carcinome encéphaloïde.

Le vrai critérium réside dans le diagnostic anatomique et surtout topographique. L'examen sous le chloroforme pour les propagations en dehors de l'utérus, le toucher intra-utérin pour les limites supérieures du néoplasme dans la cavité utérine, permettent de mieux préciser les indications et les contre-indications opératoires.

Les perfectionnements de la technique ont abaissé la mortalité à 15 0/0 environ après l'*hystérectomie totale;* et même en 1888, Bouilly, Terrier, Péan et Richelot ont eu 5,88 0/0 de mortalité. L'efficacité de l'opération ne peut encore être appréciée d'une façon définitive; cependant, d'après les documents actuels, elle donne une guérison constatée au bout de deux ans, dans les proportions de 22 à 24 0/0 environ.

L'*hystérectomie partielle*, qui comprend 3 procédés principaux (amputation infra-vaginale, amputation conoïde de Récamier, amputation sus-vaginale de Schrœder.), est encore bien moins grave que la précédente. Son efficacité, à condition de ne l'employer que dans les cas où elle est indiquée, est à peu près égale, 20,32 0/0.

Les indications de ces deux méthodes varient suivant la forme du néoplasme et surtout avec ses limites supérieures. Barraud donne la préférence à l'hystérectomie partielle quand elle est suffisante, à cause

de sa grande simplicité et de sa bénignité; l'hystérectomie totale est la seule bonne quand le cancer a franchi l'orifice interne. C. WALTHER.

III. — Kaltenbach a fait 57 fois l'ablation totale de l'utérus; 53 fois pour cancer, 2 fois pour sarcome et 2 fois pour prolapsus; les 53 cancers comprennent 46 du col et 7 du corps de l'utérus. Des 2 sarcomes l'un siégeait sur le col et l'autre sur le corps.

Kaltenbach a toujours pratiqué l'ablation par le vagin. Il n'a eu que 2 décès opératoires, l'un par urémie, le 4e jour, l'uretère gauche ayant été lié accidentellement; l'autre, le 14e jour, dû peut-être à une intoxication par le sublimé, car, à l'autopsie, outre une atrophie d'un des reins et une pyélonéphrite de l'autre, on trouva des ulcérations du gros intestin.

Des 46 femmes atteintes de cancer du col, 25 ont été opérées il y a plus d'un an, ; 7 d'entre elles sont encore en parfaite santé aujourd'hui, 16 ont eu une récidive dans un temps variable de 3 1/2 à 16 mois et presque toutes y ont succombé à l'heure présente; on manque de nouvelles sur les 2 autres opérées. Quant aux 21 femmes opérées pour cancer du col, dans le cours de l'année dernière, 5 ont déjà eu une récidive mortelle pour quelques-unes; 2 n'ont pas eu de récidive depuis 8 et 11 mois qu'elles sont opérées; les 14 autres opérations sont de date toute récente.

Les 7 femmes opérées d'un cancer du corps ont toutes guéri, et aucune ne présente de récidive à ce jour; pour 5 d'entre elles, l'ablation remonte à plus d'un an.

Les 2 sarcomes ont été enlevés il y a moins d'un an, et les opérées sont encore bien portantes.

Kaltenbach attribue sa faible mortalité opératoire d'une part à ce qu'il referme toujours la cavité péritonéale, d'autre part à ce qu'il n'abuse pas des désinfectants. J. B.

IV. — Sur 42 cancers utérins observés dans les 3 dernières années, l'auteur n'a trouvé que 17 cas opérables, c'est-à-dire permettant l'extirpation de la totalité des parties malades. Il refuse en effet l'opération quand il n'est pas sûr de tout enlever. 2 fois il a opéré par l'ancien procédé en ouvrant le cul-de-sac de Douglas pour attirer l'utérus en rétroversion et en liant les annexes; malgré la longueur de l'opération, les sujets ont guéri.

15 fois il s'est servi de la pince de Richelot et a employé le procédé de Müller; dans ces cas-là l'opération n'a jamais duré plus de 45 minutes; une fois elle n'a duré que 25 minutes. Peu de perte de sang, 2 opérées sont mortes de septicémie. L'auteur recommande chaudement la pince de Richelot.

5 opérées ont eu une récidive au bout de 4 ou 5 mois; 2 sont mortes, 10 sont bien portantes, la plus ancienne étant opérée depuis 2 ans 1/4. L. GALLIARD.

Two cases of primary carcinoma of the vagina, par BROUN (*N.-York med. journ.*, *p.* 261, 8 *septembre* 1888).

1° Femme de 54 ans, mère de six enfants, toujours bien portante, souffrant de prurit vulvaire depuis quelques mois et perdant de l'eau roussâtre,

inodore. On trouve l'utérus absolument normal, le col sain, mais la paroi antérieure du vagin est indurée et présente des bourgeons saignants. La paroi postérieure n'offre qu'une infiltration très limitée. La malade est traitée pendant un mois sans résultat.

2° Fille de 39 ans, sans antécédents pathologiques, maigrissant depuis deux mois sans cause connue, cachectique. Le vagin est rempli par une sorte de chou-fleur saignant. L'examen rectal et vaginal montre qu'il existe un espace d'un demi-pouce entre la tumeur et le col; l'utérus est mobile et sain. Mais on ne peut savoir exactement sur quel point la tumeur est implantée. Mort, pas d'autopsie. L. GALLIARD.

I. — Ueber Desinfection des weiblichen Genitalcanals (De la désinfection du canal génital), par P. STEFFECK (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, *XV*, 2).

II. — Zur Desinfection der Geburtskanales (Désinfection des voies génitales), par DŒDERLEIN et GÜNTHER (*Arch. f. Gyn.*, *XXXIV*, 1).

I. — Les importantes recherches de Dœderlein et de Winter sur la présence d'organismes inférieurs dans les organes génitaux de la femme ont démontré la nécessité de pratiquer la désinfection du col et du vagin au point de vue de l'accouchement, et celle de l'utérus, corps et col, et du vagin pour les opérations gynécologiques.

Steffeck a fait des expériences de désinfection et des examens microbiologiques chez 73 femmes enceintes. Il est arrivé à cette conclusion que la stérilisation parfaite des organes génitaux ne peut être obtenue que par des injections du vagin et du col, répétées toutes les deux heures, et faites avec l'introduction de deux doigts dans le vagin, de façon à déplisser et à bien nettoyer la muqueuse. Les liquides antiseptiques employés ont été des solutions de sublimé à 1 p. 3000 et d'acide phénique à 1 p. 300. Steffeck a aussi expérimenté la créoline : mais sur 10 femmes elle ne lui a donné que deux fois une désinfection complète du vagin. Il recommande donc le sublimé de l'acide phénique de préférence à la créoline, qui a contre elle son odeur désagréable, son opacité, et qui peut déterminer de l'irritation locale (*R. S. M.*, XXXII, 554).

II. — Pour arriver à la désinfection complète du vagin et du col, Dœderlein et Günther ont expérimenté plusieurs procédés. L'emploi de simples moyens mécaniques, nettoyage avec le doigt et irrigation avec de l'eau stérilisée, est resté insuffisant. Le doigt, enduit de vaseline afin de mieux pénétrer dans les replis du vagin, n'a pas donné de meilleurs résultats. Les irrigations avec les solutions de sublimé et d'acide phénique n'ont amené qu'une désinfection incomplète : de plus, après ces lavages, la muqueuse reste sèche et dure. Contrairement à Steffeck, les auteurs ont retiré les meilleurs effets de la créoline. Voici le procédé qu'ils préconisent : le doigt, préalablement enduit de molline, mélangée à de la créoline, frotte et nettoie la muqueuse génitale dans ses moindres replis. Ce nettoyage est suivi de grands lavages avec une solution de créoline à 2 0/0. Après cette opération, la muqueuse reste souple et molle, et le vagin a toujours été trouvé indemne de tout germe.

CH. MAYGRIER.

Des mariages précoces et de leurs conséquences, par M. ROUVIER (*Ann. de gyn., mars* 1889).

Sur 1,400 femmes observées à la clinique externe de gynécologie et d'obstétrique de Beyrouth, 79 s'étaient mariées avant quinze ans. Parmi celles-ci, 23 d'entre elles n'ont été réglées qu'après leur mariage, en moyenne 20 mois 9 jours après; 56 n'ont été mariées qu'au moment de la puberté, 40 après l'établissement de la menstruation.

Beaucoup d'entre elles (11) étaient stériles. Les grossesses chez celles qui ont été enceintes, se sont terminées fréquemment par des avortements. Le nombre des enfants à terme dans ces mariages est notablement inférieur à la moyenne des enfants par ménage. Enfin, les mariages précoces favorisent l'éclosion des inflammations de l'utérus, les déplacements et les déformations de cet organe. PORAK.

Essai sur le diabète sucré dans l'état puerpéral, par Ch. GAUDARD (*Thèse de Paris*, 1889).

L'auteur étudie l'influence réciproque de la grossesse et du diabète sucré. On connaît la glycosurie de la lactation chez les jeunes accouchées, il peut y avoir un diabète vrai, qui persiste, et peut présenter une gravité plus ou moins grande. Une forme légère de diabète peut apparaître au moment de la grossesse et disparaître après la délivrance ; une forme grave peut amener rapidement la mort; une troisième forme, intermédiaire, plus fréquente, paraît durer en moyenne une vingtaine de mois. Dans un tiers des cas, l'avortement survient chez les femmes diabétiques. La grossesse survenant chez une femme déjà diabétique est une cause de grands dangers. Les premiers mois se passent bien, en général. Vers le cinquième mois, le diabète s'aggrave. Plus de la moitié des femmes meurent quelque temps après l'accouchement, soit de phtisie, soit de coma diabétique. Il succombe également 41 enfants sur 100. L'allaitement vient encore aggraver la situation. On peut donc conclure qu'il importe que les diabétiques ne deviennent pas enceintes et n'allaitent pas leur enfant si elles sont devenues mères.

A. MATHIEU.

De la méningite aigue pendant la grossesse, par CHAMBRELANT (*Ann. de gyn., février* 1889).

L'auteur a réuni quatre observations de méningite simple ou tuberculeuse survenant chez des femmes enceintes.

Chez l'une d'elles, l'accouchement s'est fait spontanément quelques heures avant la mort, chez deux autres on a pratiqué l'accouchement forcé *in extremis*, chez la quatrième, c'est à l'opération césarienne *post mortem* qu'on a dû avoir recours. Dans tous ces cas les enfants sont nés vivants.

On peut en conclure que la méningite n'interrompt pas le cours de la grossesse et que le fœtus ne participe pas à l'affection si grave de la mère. Donc, lorsqu'une femme est atteinte de cette maladie, dont le pronostic est fatal, qu'elle a atteint les deux derniers mois de la grossesse,

il ne faut pas hésiter à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, qui fournira à l'enfant le plus de chance de survivre.

A l'appui des résultats fournis par ses observations personnelles, l'auteur publie quatre autres observations confirmatives appartenant à d'autres auteurs. PORAK.

Hæmatoma Vulvæ im Verlaufe der Schwangerschaft (Thrombus de la vulve pendant la grossesse), par EHRENFORDER (*Arch. f. Gyn.*, *XXXIV*, 1).

Femme de 32 ans, amenée le 10 juillet 1888 à la Clinique d'Inspruck : quatre accouchements antérieurs normaux; actuellement, grossesse de cinq mois environ. Dix jours auparavant, elle a ressenti, pendant le coït, une douleur brusque et très violente dans la grande lèvre droite ; en même temps, une tumeur est apparue en cet endroit et a acquis rapidement la grosseur du poing. L'examen démontre l'existence d'une tumeur occupant la grande lèvre droite dans une étendue de 13 centimètres de long sur 10 de large, ferme et élastique, fluctuante pourtant en deux points : la peau y est très amincie.

En présence des douleurs ressenties par la malade et de l'impossibilité où elle est de marcher, on intervient en incisant la tumeur : des caillots la remplissent et sont extraits; puis on place dans la cavité de la poudre d'iodoforme et de la gaze iodoformée, qu'on maintient avec un pansement antiseptique et un bandage en T. La guérison a été rapide, et la grossesse a continué son cours.

L'auteur insiste sur la rareté de ce fait : hématome vulvaire survenant par traumatisme génital chez une femme enceinte de cinq mois et n'interrompant pas le cours de la grossesse. CH. MAYGRIER.

De l'allongement aigu du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement, par MIRASCHI (*Arch. de tocol.*, *février* 1889).

Mme L. S., âgée de 22 ans, tripare, bonne santé habituelle, grossesse actuelle fatigante, compliquée à plusieurs reprises de métrorragies, en travail, probablement à terme. Les douleurs sont lentes et espacées. A l'examen, on constate que le col pend en dehors de la vulve sous la forme d'une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde, humide, rouge-foncé, presque violacé, complètement lisse, excepté au niveau de l'orifice extérieur où l'on constate plusieurs plis profonds, non ulcérés, lui donnant l'aspect étoilé. Les culs-de-sac sont abaissés, le col constitue un canal qui, mesuré en dedans, donne une longueur de 8 à 9 centimètres. Ce canal est dilatable, car, quelques heures plus tard, on a pu le distendre assez pour introduire les branches du forceps et extraire à travers lui un enfant vivant et bien constitué. Suites de couches normales, malgré l'hémorragie survenue au moment de la délivrance.

A ce propos, l'auteur recherche dans la littérature médicale et critique les observations qui présentent quelque analogie avec le fait qui lui est personnel. La multiparité, un effort brusque paraissent posséder quelque importance au point de vue de l'étiologie. L'insertion vicieuse du placenta qui pourrait être incriminée dans l'observation précédente, n'a jamais été indiquée. Dans les observations publiées par d'autres auteurs, l'accouchement s'est fait spontanément. Cependant, cette lésion peut exposer à l'inertie utérine et à ses conséquences. PORAK.

Mécanisme de la dilatation de l'orifice utérin avant l'accouchement, par GIRIN (*Gaz. des hôpitaux*, 9 *avril* 1889).

La contraction utérine détermine une diminution de sa cavité — Elle peut être obtenue soit par une transformation de cette cavité ovoïdale en une cavité sphérique, soit par un amincissement du segment inférieur et par l'effacement, puis par la dilatation du col. Les derniers phénomènes ne peuvent avoir lieu que si les membranes de l'œuf se décollent et glissent pour tapisser la nouvelle cavité produite par le segment extérieur et le col. La résistance des membranes peut donc mettre obstacle à cette dilatation. L'auteur conclut à l'utilité de la rupture des membranes pratiquée de bonne heure, lorsque la résistance des membranes semble être la cause probable d'un travail qui se prolonge anormalement.

PORAK.

Présentation du siège, tentatives infructueuses de version par manœuvres externes, par BUDIN (*Arch. de tocologie*, *janvier* 1889).

X., 32 ans, primipare, dans le neuvième mois de la grossesse, enfant présentant le siège en S. I. G., bassin normal. Tentatives de version par manœuvres externes à plusieurs reprises. On ne peut faire dépasser à la tête la fosse iliaque. Dès que les pressions sont suspendues, la tête reprend sa situation primitive. La difficulté de terminer la version dépendait de l'enroulement du cordon autour du tronc ; celui-ci s'insérait, d'autre part, sur les membranes à 5 centimètres du bord placentaire.

Cette observation permet de conclure qu'il faut être prudent dans les manœuvres nécessitées par la version par manœuvres externes. Si, dans ce cas, on eût insisté, on se serait exposé à la rupture prématurée des membranes et peut-être à une compression, à un tiraillement et même à une rupture du cordon qui eût pu compromettre la vie du fœtus. PORAK.

Mécanisme du dégagement des épaules dans les accouchements naturels, par LEONET (*Thèse de Paris*, 1889).

L'épaule antérieure se dégage la première 90 fois sur 100 si on ne soutient pas la tête du fœtus après sa sortie, mais si on la soutient, 90 fois sur 100 c'est l'épaule postérieure qui sortira la première. Le mode de décubitus présente aussi une influence manifeste sur le mode de ce dégagement. Le dégagement oblique, beaucoup plus rare, peut encore être la conséquence du décubitus et du soutien de la tête fœtale.

Le dégagement de l'épaule postérieure la première ménage davantage le périnée.

Pour 10 déchirures du périnée, 5 fois l'épaule antérieure s'était dégagée la première, 3 fois l'épaule antérieure s'était dégagée après l'épaule postérieure, 2 fois les épaules s'étaient dégagées obliquement. — Comme conclusion, l'auteur pense qu'une disposition du lit qui laisse les parturientes dans une situation demi assise, le siège portant à faux, est préférable et que les manœuvres exécutées devront favoriser l'issue primitive de l'épaule postérieure. PORAK.

Pathogénie de certains abcès du sein, par BUDIN (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 16 *avril* 1889).

Relativement à la pathogénie des abcès du sein, en faveur de la

théorie, qui soutient que l'inflammation pénètre par les canaux galactophores, gagne la profondeur de la glande et détermine la suppuration. Budin rapporte onze faits qu'il a minutieusement observés. Pour acquérir la preuve que cette théorie est juste, il est nécessaire de faire des pressions périglandulaires et périmamelonnaires, de telle façon que le pus sorte sous la forme de filaments grisâtres, jaunâtres, qui s'échappent par l'extrémité du canal galactophore. On en recueille ainsi une certaine quantité, différente du lait, et dont la culture produit le staphylococcus pyogenes aureus et le staphylococcus albus. Lorsqu'on se trouve en présence de pareils cas, on peut, par une évacuation méthodique, débarrasser les canaux et les acini du pus qu'ils renferment et obtenir rapidement la guérison. En agissant ainsi, on évite la destruction de la couche limitante des canaux, les fusées purulentes consécutives et les incisions, qui deviennent nécessaires. En résumé, d'après Budin, à la suite d'irritations, de crevasses du mamelon, il se produit de la galactophorite, puis une accumulation de pus dans la glande, dont les acini ne tardent pas à être détruits, si on ne les vide pas par pression; telle serait l'origine des abcès du sein. De ces observations, l'auteur conclut que l'enfant ne doit pas téter le sein atteint de galactophorite, qu'il faut éviter de mettre les mamelons de la mère en contact avec du pus venant de l'enfant (opthalmie purulente, etc.), et que l'évacuation complète du pus par des pressions répétées peut amener la guérison de la galactophorite et de la mastite, puisque, sur neuf cas, cette guérison a été observée huit fois sans récidive ni complication. OZENNE.

I. — The third stage of labour... (Mécanisme de la délivrance), par BARBOUR (*Edinb. med. Journ.*, *août* 1888).

II. — An improved method of managing the third stage of labour (Traitement de la délivrance), par Berry HART (*Ibid.*, *octobre* 1888).

III. — Die Erfolge des Abwartenverfahrens während der dritten Geburtsperiode (Résultats de la méthode d'expectation pendant la délivrance), par F. AHLFELD (*Cent. f. Gyn.*, 13 *avril* 1889).

I. — Après une étude attentive des mémoires de Cohn, Champneys et Berry Hart sur le mécanisme de la délivrance, Barbour critique les opinions émises par ces auteurs, et résume à son tour le résultat de ses propres recherches dans les propositions suivantes.

La question du décollement du placenta est tout à fait distincte de celle de son expulsion. Il est de toute évidence qu'aussitôt après l'accouchement le placenta est encore adhérent en totalité ou en grande partie. La diminution de la surface d'insertion du placenta est la cause du décollement; mais la diminution produite par la rétraction de l'utérus n'est pas suffisante pour amener ce décollement. L'agent essentiel de cette séparation réside dans les contractions utérines. Quant à l'hémorragie rétro-placentaire, elle n'est qu'un accident sans importance dans le mécanisme de la délivrance. Le placenta se présente habituellement à l'orifice utérin par un de ses bords, ainsi que l'a décrit M. Duncan; quelquefois, cependant, par sa face fœtale, suivant l'opinion de Baudelocque et de Schultze.

La délivrance est en réalité un second accouchement en miniature.

Après la sortie du fœtus, il y a une pause, pendant laquelle le placenta reste adhérent. Puis les douleurs recommencent, le placenta est décollé, puis expulsé. Ce second accouchement n'est pas toujours distinct du premier, et parfois une seule douleur suffit pour expulser l'enfant, décoller et chasser le délivre.

II. — Pour Berry Hart, le mécanisme de la délivrance est tout différent. Ce ne sont ni la rétraction ni les contractions utérines qui décollent le placenta et les membranes. C'est, au contraire, au moment du relâchement de l'utérus consécutif à une contraction que se produit la séparation du placenta ; pendant ce relâchement, en effet, la surface d'insertion augmente d'étendue, mais le placenta, vide de sang, a perdu toute expansion et ne peut suivre cet élargissement de la paroi utérine : il y a disproportion entre les surfaces placentaire et utérine et décollement.

Basant sur ces données le traitement de la délivrance, Berry Hart rejette absolument la méthode de Credé pour aider le décollement du placenta. Après avoir fait une ligature tardive du cordon, il n'use de l'expression utérine que lorsque le placenta est complètement détaché de la paroi, et favorise ainsi son expulsion. CH. MAYGRIER.

III. — Ahlfeld publie une nouvelle série de 302 accouchements effectués à la clinique de Marbourg en 1888, et dans lesquels sa méthode d'expectation a été rigoureusement appliquée à la délivrance.

Voici les résultats obtenus :

249 fois (82,4 0/0) la délivrance a été normale et a eu lieu au plus tôt une heure et demie après l'accouchement.

31 fois (10,4 0/0), le placenta a été expulsé spontanément avant ce laps de temps.

22 fois (7,3 0/0), il y a eu nécessité d'intervention pour faire la délivrance. Comparant ces résultats à ceux des années précédentes, l'auteur y voit la confirmation de l'excellence de sa méthode.

Il insiste sur ce fait que l'expectation n'expose pas, quoi qu'on en ait dit, aux hémorragies. En effet, la moyenne du sang qui s'est écoulée depuis la naissance de l'enfant jusqu'à l'expulsion complète du délivre n'a été que 389gr,5. CH. MAYGRIER.

Sur un cas de grossesse quadri-gémellaire, par TARNIER (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 30 *juillet* 1889).

Mme D..., âgée de 29 ans, dont le grand-père paternel était un jumeau, est accouchée pour la première fois, en 1885, de deux jumeaux, garçon et fille, et en 1886, d'un garçon. En mai 1889, elle est accouchée de quatre jumelles. La première est née à midi et demie; présentation du sommet, poids : 1,900 grammes. La deuxième, à deux heures et demie; présentation du siège, poids : 1,580 grammes. La troisième, à quatre heures; présentation du sommet, poids : 2,100 grammes. Et la quatrième, à cinq heures ; présentation de l'épaule droite, ayant nécessité la version, poids : 2,600 grammes. Chacun de ces enfants était contenu dans une poche séparée. En ajoutant le poids du liquide amniotique évalué à 11 ou 12 litres, à celui de l'arrière-foie, qui pesait 1,580 grammes, et à celui des jumelles, qui était de 8,180 grammes, on arrive à un total de plus de 20 kilogrammes. Les sept enfants de cette femme sont aujourd'hui tous vivants. OZENNE.

Contribution à l'histoire des grossesses gémellaires, par CORNET (*Thèse de Paris*, 1889).

L'inégalité de poids des jumeaux a été très souvent observée. Sur 29 observations provenant de l'hôpital Saint-Louis, elle variait 6 fois de 710 à 970 grammes, 1 fois de 570 grammes, 4 fois de 390 à 420 grammes, 5 fois de 105 à 160 grammes, 6 fois de 10 à 50 grammes. On peut donc dire que les écarts considérables entre les poids des enfants est assez rare. La raison la plus plausible de ce fait serait la superfœtation, mais l'auteur ne conclut pas sur ce point. A défaut de la superfœtation, la superfécondation est admise par tous les auteurs. On ne peut pas dire que d'une façon absolue le poids des jumeaux soit proportionnel au développement de leur placenta. Le point d'implantation du délivre doit avoir une importance spéciale. Enfin, les garçons pèsent habituellement plus que les filles.

Néanmoins, l'implantation de l'œuf et les qualités organiques du placenta ont certainement une influence sur le développement des fœtus. On en trouve la preuve dans la mort et dans la rétention consécutive du fœtus constituant la lésion désignée sous le nom de *fœtus papyraceus*. Lorsque le fœtus n'a pas de placenta, il constitue une monstruosité spéciale dont l'auteur donne une observation remarquable. Le monstre, qu'il décrit, appartient à la classe des paracéphales et des acardiaques. L'étude de ces monstruosités et des fœtus papyracés constitue le point qu'a particulièrement abordé l'auteur. PORAK.

Sur un cas de lithopœdion, par TARNIER (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 23 *juillet* 1889).

Mme G..., âgée de 66 ans, a eu deux enfants à terme. En 1855, troisième grossesse, accompagnée de nombreux malaises et de douleurs très vives, revenant par crises quotidiennes, jour et nuit, et s'exaspérant par les mouvements de l'enfant qui étaient superficiels. Lorain, ayant diagnostiqué une grossesse extra-utérine, proposa la laparotomie. Paul Dubois, ayant reconnu que l'enfant était vivant et doutant de la réalité d'une telle grossesse, conseilla de temporiser. En mai 1856, Mme G... est prise, une nuit, de douleurs très violentes, et, le lendemain, Lorain n'entend plus les battements du cœur fœtal; à partir de ce jour, les douleurs disparurent, les règles reprirent leur cours régulier et la santé devint bonne, et resta telle, ainsi que Tarnier l'a constaté il y a quelques années.

Actuellement, voici ce que l'on constate: On rencontre d'abord une hernie ombilicale, puis on sent au-dessous une grosse tumeur, à diamètre transversal allongé, très facile à palper et mobilisable à un certain degré; cette tumeur, d'une dureté comparable à celle d'une pierre, offre les contours que donnerait un fœtus de huit ou neuf mois. En détaillant l'exploration, on trouve, à gauche de l'ombilic, une masse arrondie semblable à une tête d'enfant. Le dos regarde en avant; le fœtus est incurvé sur son plan antérieur; l'épaule gauche, parfaitement reconnaissable, est au niveau de l'anneau ombilical distendu; l'autre épaule est à 11 centimètres et demi plus bas. Entre la tête et les épaules existe une dépression, qui semble due à une luxation de vertèbres cervicales; l'extrémité pelvienne est située au voisinage de la vésicule biliaire. Le col utérin est petit, et, dans le cul-de-sac postérieur, on sent une petite tumeur rugueuse, d'une dureté calcaire, qui n'est pas reliée au lithopœdion. Est-ce le corps utérin pétrifié, un fibrome

ou une partie détachée du lithopœdion? Quoique diabétique, cette femme est aujourd'hui bien portante. OZENNE.

Placenta double dans une grossesse simple, par LUGEOL (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 *juin* 1889).

Ce placenta se compose de deux parties presque exactement du même volume; il pèse 650 grammes. Les deux portions sont séparées l'une de l'autre par un espace de 3 à 4 centimètres; l'insertion est volumineuse; la bifurcation des vaisseaux ombilicaux commence à 12 centimètres environ du bord placentaire, et on voit de chaque côté une veine et deux artères se ramifier sur la face fœtale. C'est un exemple de placenta double pour un seul fœtus à ajouter aux cas connus de Dubois, Cazeaux, Sirélius, Bustamante, etc. OZENNE.

Antipyrin during the first stage of labor (Antipyrine au début du travail), par van WINKLE (*N. York med. Journ., p.* 14, 5 *janvier* 1889).

L'auteur a administré l'antipyrine à des parturientes pendant la première période du travail, à la dose de 15 grains (près d'un gramme) toutes les deux heures; elles ont évité, grâce à ce médicament, les grandes souffrances; plusieurs dormaient pendant une heure à la suite d'une prise. La température s'abaissait d'un demi-degré à un degré et demi.

En comparant 13 primipares traitées de la sorte avec 13 primipares n'ayant pas pris d'antipyrine, l'auteur constate que la première période du travail a été en moyenne de douze heures treize minutes chez les unes, et de douze heures quarante-trois minutes chez les autres. L'antipyrine a donc procuré un bénéfice de trente minutes. Quant à la seconde période, elle a été exactement pareille dans les deux cas (1 h. 34 et 1 h. 33 minutes). L. GALLIARD.

Contribution à l'étude de l'hydramnios, par BARBEZIEUX (*Thèse de Paris*, 1889).

Sur 250 cas d'hydramnios, 80 fois le nouveau-né pesait plus de 2,500 grammes, et une fois il pesait 5,000 grammes. L'hydramnios, en tant qu'hydropisie de l'amnios, n'entraîne donc nécessairement pas l'arrêt du développement du fœtus. Lorsque cet accident survient, il faut incriminer une autre cause, en particulier la syphilis, qui est souvent la cause de l'hydramnios. Celui-ci se rencontre dans les grossesses gémellaires et dans les malformations fœtales, mais elle n'en est pas la cause.

PORAK.

Fall von destruirender Blasenmole, par H. MEYER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 17, *p.* 541, 1er *septembre* 1888).

Il n'existe dans la littérature que quatre observations de môle vésiculaire destructive dues à Volkmann, à Jarotsky et Waldeyer, à Krieger et enfin à Wilton. Dans tous ces cas, la végétation des villosités choriales dégénérées au sein des lacs sanguins maternels a amené la destruction des parois utérines, de violentes hémorragies et la mort avant l'expulsion de la môle. Deux fois, l'issue fatale a été la suite directe des métrorragies; une fois elle a été causée par une péritonite, et une fois par hémorragie intra-péritonéale consécutive à la perforation de l'utérus par les vésicules hyperplasiées.

Le fait suivant diffère des précédents tant sous le rapport clinique que sous le rapport anatomo-pathologique.

Robuste paysanne de 55 ans, toujours bien portante; pas de fausses couches; trois accouchements normaux, le dernier il y a dix ans. Réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans; les menstrues, qui duraient 3 ou 4 jours, durent le double depuis le dernier accouchement; elles ont toujours été très abondantes et indolores. Léger écoulement muqueux dans l'intervalle. Le 1er février 1886, les règles manquent pour la première fois à leur époque habituelle. Huit jours plus tard apparaît un écoulement sanguinolent qui se prolonge une quinzaine; nouvelle perte au bout de cinq semaines. A la suite d'une danse, métrorragie profuse, mais peu durable, qui se répète au bout de 3 jours. Depuis lors, pertes sanguines quotidiennes et abondantes, accompagnées de quelques douleurs pongitives, de pesanteur dans le ventre et de besoins de miction. Depuis trois semaines, un peu d'œdème des malléoles, de tuméfaction du ventre et d'oppression.

État actuel. Tumeur abdominale ayant le volume, la consistance et la forme d'un utérus au cinquième mois de la grossesse. Entrée du vagin cyanosée. Col perméable pour deux doigts. On sent l'œuf dans la cavité utérine. L'exploration s'accompagne d'une perte sanguine abondante. Curage de l'utérus, qui renferme une môle vésiculaire grosse comme une tête d'enfant. Cette môle adhère solidement à la paroi utérine. L'opérée se lève le neuvième jour. Dès lors, les règles reviennent régulièrement toutes les quatre semaines, encore plus profuses qu'auparavant. Dans les intervalles, écoulement séreux abondant, parfois rougeâtre. Six mois plus tard, métrorragie extrêmement abondante; l'utérus avait les dimensions qu'il a chez une accouchée au dixième jour; le col admettait facilement un doigt. A la face interne de l'utérus, on sentait des saillies plates et lisses, entremêlées de petits lambeaux; le doigt et la curette ne ramenaient que des caillots membraneux en voie de suppuration. Plusieurs fois encore se produisirent des hémorragies excessivement profuses. Puis survinrent de violents frissons durant une ou deux heures et se répétant presque quotidiennement pendant trois semaines.

A l'écoulement vaginal séro-purulent et fétide, vint s'ajouter une diarrhée opiniâtre. Mort dans le marasme neuf mois après l'extraction de la môle.

Autopsie. Hypertrophie du foie et de la rate. Thrombus désagrégé dans le plexus pampiniforme gauche. Extérieurement, l'utérus ressemble à celui d'une accouchée au dixième jour. A la coupe, ses parois sont pâles et épaisses partout d'au moins un centimètre. La face interne de l'utérus est recouverte d'un enduit sanieux, noir verdâtre. Au-dessous, les parois utérines présentent soit des bosselures aplaties, soit des villosités résistantes. A la coupe, on tombe immédiatement dans des cavités nettement délimitées, remplies d'un tissu villeux et dont les dimensions varient d'une tête d'épingle à une lentille; une partie de ces cavités sont en connexion avec les villosités superficielles. Ces cavités sont des espaces lymphatiques placés entre les faisceaux musculaires et renfermant des cellules hyperplasiées de l'épithélium du chorion. J. B.

De l'accouchement prématuré, par CHAMPETIER DE RIBES (*Ann. de gynéc., décembre* 1888).

L'auteur a fait construire des ballons en soie, recouverts d'une couche de caoutchouc, qui ont par conséquent la propriété d'être inextensibles. Cette propriété les distingue de tous les ballons employés jusqu'à ce jour pour provoquer prématurément le travail. Ces ballons ont une forme conique dont le grand diamètre peut mesurer 33 centimètres et la hauteur

11 centimètres. Ils s'abouchent à un tube qui permet d'y injecter du liquide.

Lorsque ces ballons sont introduits dans l'utérus et distendus, ils ne peuvent être expulsés à travers le col de l'utérus, le vagin et le plancher périnéal, qu'après avoir distendu le canal pelvi-génital suffisamment pour que la tête du fœtus le traverse à son tour sans le dilater à nouveau. L'accouchement se fait en deux temps, l'expulsion du ballon, l'expulsion du fœtus, comme cela se produirait pour l'expulsion des deux jumeaux, le premier frayant la voie au second.

Ce procédé a été employé 18 fois. L'expulsion du ballon est en moyenne obtenue en moins de 12 heures. Et lorsque le ballon est expulsé, l'issue spontanée ou artificielle du fœtus est possible.

A la suite de son emploi, les membranes peuvent être rompues prématurément; la partie fœtale qui se présente peut être déplacée, le cordon et les membres peuvent faire procidence. Ce sont les graves objections qu'on peut adresser à cette intervention.

L'auteur n'a jamais observé ni le décollement du placenta, ni une augmentation dangereuse de la tension dans l'intérieur de la cavité utérine.

Les indications de son emploi se résument : 1° à quelques cas d'hydramnios où on pourrait préalablement rompre les membranes ; 2° dans les accidents gravido-cardiaques graves ; 3° dans les cas d'albuminurie grave ; 4° dans les cas de présentation de l'épaule au début du travail pour faciliter la version par manœuvre interne en obtenant une dilatation suffisante du col ; 5° dans les cas de rétention de fœtus mort qui se putréfie ou de rétention placentaire ; 6° dans les cas d'insertion vicieuse du placenta ; 7° enfin, et surtout, dans les cas de rétrécissement du bassin. — Sur les 18 observations publiées par l'auteur, 16 cas ont trait à des vices de conformation du pelvis. PORAK.

Contribution à l'étude des faux polypes de l'utérus, par Anna KLASSON (*Ann. de gynéc., février-mars* 1889).

Les productions polypeuses consécutives à l'avortement ou à l'accouchement peuvent se ranger sous les trois chefs suivants : polypes fibrineux, polypes placentaires, formations dépendant de la caduque et du chorion. Leur symptomatologie est la même que celle des polypes proprement dits. Elle peut se manifester assez longtemps après l'accouchement ou l'avortement pour que leur cause soit méconnue. L'originalité de ce travail consiste en quelques observations inédites, dont voici le résumé :

1° Avortement de 3 mois. Hémorragies et douleurs expulsives survenant du 15e au 30e jour après. Ablation partielle d'une masse ayant le volume d'une grosse pomme; on doit recourir à la curette pour enlever ce qui avait échappé à la première intervention. L'examen microscopique fait reconnaître qu'il s'agissait d'une masse placentaire.

2° Avortement de 2 mois et demi. Hémorragies graves. On constate dans le vagin une tumeur creuse reliée à l'utérus par un pédicule mince et tordu, dont le point d'implantation n'est pas déterminé. L'examen micrscopique fait reconnaître que la membrane qui constitue les parois de ce petit polype est constituée par la caduque utérine. Un mois après, expulsion d'un œuf contenant un embryon paraissant âgé d'un mois. PORAK.

Die Kraniotomie an der Berliner Frauenklinik (La crâniotomie à la Maternité de Berlin), par H. DETERMAN (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, *XV*, 2.)

En relevant toutes les observations de craniotomie de la clinique et de la polyclinique obstétricales de Berlin, du 1er avril 1876 au 1er octobre 1887, c'est-à-dire en onze ans et demi, Determan est arrivé au chiffre de 239 opérations. Sur ces 239 perforations, 186 ont été pratiquées pour des présentations de l'extrémité céphalique et 53 sur la tête dernière. Dans 143 cas l'enfant était mort, et l'opération s'imposait comme le moyen le plus inoffensif de délivrer la mère. Dans 43 cas, l'enfant était vivant; mais 15 fois sa vie était très compromise; en sorte qu'il n'y a réellement que 28 observations de craniotomie faite sur des enfants vivants et bien portants. Sur les 239 femmes, 26 ont succombé; mortalité : 10,87 0/0. — Parmi les indications de la craniotomie, celles où l'enfant est vivant sont les seules discutables; aujourd'hui, en effet, l'opération césarienne donne de si brillants résultats qu'on peut se demander si elle n'est pas préférable, puisqu'elle peut sauver deux existences, alors que la perforation n'en sauve qu'une. Credé a réuni récemment 50 cas de césarienne d'après la méthode de Sænger; la mortalité des mères est de 28 0/0, celle des enfants, de 8 0/0; mais si on ne relève que les opérations faites en Allemagne, on trouve seulement 11,8 0/0 de mort pour les mères et 5,9 0/0 pour les enfants.

Quant à l'opération de Porro, elle donne pour la mère 58 0/0 de mortalité, d'après la statistique de Godson.

Ces considérations amènent l'auteur à émettre pour chaque opération en particulier l'opinion suivante :

L'opération de Porro est indiquée : 1° quand il y a infection utérine déjà existante; on supprime le danger en supprimant l'organe; 2° quand on veut épargner à des femmes épuisées les dangers des suites de couches; 3° contre l'ostéomalacie, qui guérit avec la stérilisation de la femme.

L'opération césarienne doit être faite suivant une méthode rigoureuse : 1° suture parfaite de l'utérus avec ou sans résection d'un lambeau de la tunique musculeuse; 2° antisepsie minutieuse; 3° opération pratiquée au début du travail.

Quant à la perforation du crâne sur l'enfant vivant, elle doit, à part de rares exceptions, être abandonnée. Avec les résultats actuels de l'opération césarienne, l'idéal de tout accoucheur, sauver à la fois la mère et l'enfant, est bien près de sa réalisation complète. CH. MAYGRIER.

I. — **Kaiserschnitt mit glücklichen Ausgang für Kind und Mutter** (Opération césarienne, succès pour la mère et pour l'enfant), par ADOLPHI (*Deutsche med. Woch.*, *n° 8*, *p.* 150, 1889).

II. — **Opération césarienne**, par CRIMAIL (*Ann. de gynécologie, avril* 1889).

III. — **Opération césarienne. Enfant vivant. Guérison de la mère**, par BOUILLY (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, *t. XV*, *n°* 3, *p.* 215).

IV. — **Weiterer Beitrag zur Lehre von Kaiserschnitte...** (Contribution nouvelle à l'étude de l'opération césarienne), par SKUTSCH (*Archiv für Gynækologie XXXIV*, 1).

V. — Cæsarean section for contracted pelvis (Opération césarienne dans un cas de rétrécissement du bassin), par H. CHAMPNEYS (*Trans. of the obst. Soc., XXXI, II*).

I. — Femme de 37 ans ayant eu un premier enfant à l'âge de 21 ans et par le fait de l'accouchement des plaies suivies de rétrécissement cicatriciel du vagin. Au moment du second accouchement on constate que le vagin est presque complètement oblitéré. L'auteur ayant été appelé après le début des douleurs fait une injection de morphine pour gagner du temps. Puis il pratique l'opération césarienne avec conservation de l'utérus. L'opération de Porro n'est pas possible à cause des adhérences anciennes. Drainage de l'utérus par la paroi abdominale. Guérison complète. Les menstrues ont reparu au bout de 3 mois et demi. L'enfant est bien portant. GALLIARD.

II. — Opération suivie de succès, avec application de 12 points de suture. Il s'agissait d'une naine ayant une taille de 1^m,28. Son bassin très rétréci ne mesurait que 6 centimètres de diamètre promonto sous-pubien.

PORAK.

III. — Femme rachitique. Grossesse à terme. Bassin uniformément rétréci. Opération césarienne régulière. Le 22_e jour la malade sort guérie avec son enfant.

Bouilly insiste sur les points suivants :

1° Conditions favorables fournies par l'opération pratiquée avant le début du travail, à un moment où l'utérus n'a été soumis à aucune cause d'infection. Antisepsie facile ;

Inutilité de s'occuper de l'écoulement des lochies quand l'utérus a été complètement et aseptiquement débarrassé de son contenu et que le vagin est aseptisé ;

3° Occlusion parfaite de la plaie utérine grâce aux sutures multipliées, profondes et superficielles appliquées d'après les principes de Sænger; tolérance parfaite du tissu utérin pour les sutures métalliques ;

4° Précaution prise contre une grossesse future par la ligature des trompes. C. WALTHER.

IV. — 1° Il s'agit d'une femme rachitique ayant eu un premier accouchement très pénible, terminé par une crâniotomie. L'opération est pratiquée dans de bonnes conditions au début du travail. Après ouverture de l'abdomen, l'opérateur attire l'utérus au dehors et l'incise sur la ligne médiane dans une étendue de 16 centimètres. Extraction d'un enfant vivant de 4,070 grammes. Après la délivrance, hémorragie assez abondante. Lavage de la cavité utérine avec une solution de sublimé à 1 pour 5000; injection sous-cutanée d'ergotine. L'utérus est refermé à l'aide de sept sutures musculo-séreuses; des sutures de soie superficielles complètent l'accolement de la séreuse. Réunion de la paroi abdominale. Guérison sans incidents.

2° La seconde observation est particulièrement intéressante : la femme qui en fait l'objet avait déjà subi la section césarienne, et cette fois elle était enceinte de deux jumeaux.

Chez cette femme, le bassin était plat, rachitique, le diamètre conjugué vrai mesurant 6 cent. 2. L'opération dut être faite d'urgence, avant le travail, à cause d'un œdème considérable et d'une albuminurie qui faisaient craindre l'éclampsie. A l'ouverture du ventre, on constata des adhérences entre l'utérus, le mésentère et la vessie. L'épiploon dut être coupé et lié en six endroits. L'utérus ne put être attiré au dehors en raison de ses adhérences; il fut incisé *in situ* après qu'on eut retiré les cinq fils d'argent datant de l'opération antérieure. Pour prévenir une hémorragie, un lien élastique fut

passé autour du col. Après l'extraction des deux enfants et du délivre, l'utérus et la paroi furent refermés comme dans le cas précédent. Guérison.

CH. MAYGRIER.

V. — Femme secondipare ayant eu un premier accouchement terminé artificiellement à 7 mois par une crâniotomie. Elle se présente à la fin du septième mois; le bassin est plat, généralement petit, et mesure 4 cent. 5 de diamètre conjugué vrai.

L'opération césarienne est pratiquée 3 heures et demie après le début du travail, l'orifice ayant une dilatation de deux francs. Pas d'hémorragie. L'opération dure 80 minutes. Les sutures profondes sont faites avec des fils d'argent, les superficielles avec des fils de soie.

Les ovaires ne sont pas enlevés; mais la stérilisation de la femme est assurée par une double ligature des trompes. L'enfant est vivant et bien portant. — Pas de choc après l'opération. Suites normales, guérison rapide.

Suivent des considérations sur les indications de l'opération césarienne dans les bassins rétrécis. Tout en reconnaissant les excellents résultats de cette opération, Champneys n'admet pas qu'on doive la pratiquer lorsque le bassin mesure plus de 6 centimètres et demi dans son diamètre antéro-postérieur. CH. MAYGRIER.

I. — Elongatio colli supra vaginalis... (Hypertrophie sus-vaginale du col pendant la grossesse), par C. Thayer ADAMS (*Edinb. med. journ.*, *août* 1888).

II. — Cæsarean section necessitated and justified by hypertrophic elongation of the cervix... (Opération césarienne nécessitée par un allongement hypertrophique du col), par COLEMAN (*Amer. Journ. of obst.*, *novembre* 1888).

I. — Femme âgée de 22 ans, mariée depuis un an; menstruation toujours irrégulière, légère dysménorrhée. Depuis 5 mois, règles très rares, vomissements et douleurs abdominales assez vives pour nécessiter le séjour au lit à plusieurs reprises. Par l'examen bimanuel, il semble qu'on trouve l'utérus petit, dur et en antéflexion; puis, sur son fond et inclinée à droite, une tumeur du volume d'une orange et de la consistance d'un fibrome, cette tumeur fait corps avec l'utérus, elle ne peut être mobilisée en dehors de lui; elle en est cependant séparée par une dépression marquée. Au bout d'un mois de séjour au lit, les douleurs et les vomissements continuant, on pratique un nouvel examen sous le chloroforme. On reconnaît alors que la masse prise pour l'utérus n'est autre que le col hypertrophié dans sa portion sus-vaginale, et que la prétendue tumeur est le corps même de l'utérus, gravide, et que la grossesse est de 4 mois environ.

Ces cas de grossesse avec allongement hypertrophique sus-vaginal du col peuvent très facilement être confondus avec des grossesses extra-utérines. Il importe, pour établir un diagnostic certain, de pratiquer l'examen bimanuel et le toucher rectal après anesthésie chloroformique.

II. — Dans cette observation, il s'agit d'une femme de 24 ans, primipare, qui pouvait être arrivée à la fin de sa grossesse. A l'examen, on constata que l'abdomen était très distendu. Le col très hypertrophié faisant saillie entre les grandes lèvres. On pouvait introduire aisément le doigt dans le canal cervical et le suivre jusqu'à son union supposée avec le corps de l'utérus. Le toucher rectal permettait d'arriver au delà du col sur une petite masse arrondie qui fut prise pour le fond de l'utérus. Au-dessus de cet utérus, le palper démontrait la présence d'un fœtus placé transversalement. Le ventre était très développé et le fœtus très superficiel; on posa le diagnostic de grossesse extra-utérine. Le cathétérisme utérin ne fut pas pratiqué dans la

crainte d'une rupture du sac. Le diagnostic fut confirmé par plusieurs consultants et la laparotomie résolue.

Après ouverture de la paroi abdominale, on découvrit avec surprise que la tumeur était constituée par l'utérus gravide. L'utérus fut alors incisé et on fit l'extraction d'un enfant vivant de 7 livres. Suture de l'utérus et de la paroi abdominale. Mort de la femme, par septicémie aiguë, 108 heures après l'opération. A l'autopsie, on constata que l'hypertrophie du col se prolongeait dans sa portion sus-vaginale: c'était cette portion qui avait été prise pour le corps de l'utérus et avait causé l'erreur de diagnostic. L'utérus, mesuré du fond à l'orifice externe, mesurait 30 centimètres; le col à lui seul avait une longueur de 16 centimètres. CH. MAYGRIER.

I. — Étiologie de la fièvre puerpérale, par M. ZUCO (*Boll. d. Società lancisiana d. ospedali di Roma*, nº 4, 1888).

II. — Note sur une épidémie de septicémie puerpérale d'origine érysipélateuse, par FIESSINGER (*Gaz. méd. de Paris*, 6 *juillet* 1889).

I. — L'infection puerpérale, même dans les cas où elle ne s'accompagne pas d'érysipèle externe, est produite par un streptocoque qui, en raison de ses caractères biologiques et des résultats de son inoculation aux animaux (développement d'érysipèle chez le lapin), doit être identifié au streptocoque de l'érysipèle. La suppuration des divers tissus est produite par ce streptocoque qui se trouve pendant la vie dans le sang et qui peut déterminer dans quelques cas des lésions pulmonaires rénales, etc.; il peut aussi se trouver dans le lait: dans le cas où Zuco l'y a trouvé, l'enfant n'en avait pas souffert. Il se trouve aussi dans les lochies, où il a alors une valeur diagnostique importante, car la seule fétidité des lochies n'a pas la valeur diagnostique et pronostique si grave qu'on lui attribue généralement. GEORGES THIBIERGE.

II. — Cette note est consacrée à la relation de 4 cas de septicémie puerpérale, d'origine érysipélateuse; la contagion a été portée à chaque femme par la sage-femme, qui les a accouchées, et qui, en ce moment, donnait des soins à sa mère, atteinte d'érysipèle. Les quatre malades ont guéri par les injections phéniquées intra-utérines; chez deux d'entre elles, il y a eu, pour aider à la régularisation des échanges nutritifs, prescription de bains froids à 25°. OZENNE.

MALADIES DES ENFANTS.

Contribution à l'étude de la thermométrie dans la pathologie infantile, par J.-F. PAUVERT (*Thèse de Bordeaux*, nº 8, 1888-1889).

Dans un premier chapitre, l'auteur étudie l'hypothermie des nouveau-nés et les moyens d'y remédier au moyen de la couveuse d'une part, et d'autre part au moyen du gavage ou de l'alimentation par le nez.

Dans la seconde partie, il étudie la fièvre ou hyperthermie et sa marche dans un certain nombre de maladies. Malgré quelques observations de broncho-pneumonie ayant évolué avec une température égale ou même

inférieur à la normale, il est de règle que les affections pulmonaires s'accompagnent d'une température plus élevée chez l'enfant que chez l'adulte. La congestion pulmonaire peut être accusée par le thermomètre, avant que l'auscultation permette d'en affirmer le siège. La broncho-pneumonie des enfants peut débuter par une ascension brusque de la température, par exemple dans la diphtérie ou dans la rougeole au moins avant ou après l'éruption, car pendant l'éruption l'ascension est généralement progressive. La défervescence brusque est loin d'avoir toujours la signification pronostique invariablement fatale que lui attribuent Picot et d'Espine.

Dans la fièvre typhoïde le tracé thermique est beaucoup plus irrégulier que chez l'adulte. Il ne donne pas d'indications pronostiques bien nettes; cependant les tracés en plateau sont d'un pronostic, sinon fatal, comme le dit Cadet de Gassicourt, au moins toujours très graves. La défervescence a été quelquefois très brusque; dans un cas, elle est tombée de 40°,2 le soir à 36°,4 le matin.

Dans la diphtérie, on peut dire qu'en général les formes bénignes sont accompagnées d'une fièvre peu élevée, sauf le cas de complications, tandis que dans les formes septiques la température est généralement élevée.

DUBREUILH.

Untersuchungen über das fœtale Blut im Momente der Geburt (Recherches sur le sang du fœtus au moment de la naissance), par D. SCHERENZISS (*Diss. Dorpat*, 1888).

L'auteur a examiné le sang de la veine du cordon immédiatement après la naissance. Densité un peu plus faible que le sang de l'adulte (1,059 au lieu de 1,061); le sérum 1,023 au lieu de 1,028. La richesse en hémoglobine est inférieure de 1/4 à celle du sang de l'adulte; il y a seulement en fibrine les 2/7 de ce que renferme le sang de l'adulte. Le sang du fœtus renferme également moins de sels; il renferme un peu plus de sels de sodium et un peu moins de sels de potassium que le sang de l'adulte. Le poids et le sexe de l'enfant n'ont pas d'influence appréciable sur la constitution du sang.

A. M.

I. — Étiologie de la diphtérie, par Mitchell PRUDDEN (*Amer. Journ. of the med. sc., p.* 329 *et* 450, *avril et mai* 1889).

II. — Étiologie de la pneumonie, complication de la diphtérie chez les enfants, par M. PRUDDEN et W. NORTHRUP (*Amer. Journ. of the med. sc., p.* 562, *juin* 1889).

I. — Malgré les travaux de Lœffler, Klebs, Emmerich, Babès, Roux et Yersin, l'auteur n'accorde que ce fait que ce sont des microbes (encore inconnus dans leurs formes) qui causent la diphtérie. On est encore en droit de se demander si l'inflammation diphtéritique du pharynx et des voies aériennes qui accompagne si fréquemment la scarlatine et la rougeole doit former un groupe différent de la diphtérie telle qu'elle survient isolément.

L'auteur rapporte en détail 24 observations pour lesquelles furent faits non seulement l'examen histologique, mais des cultures bactériologiques.

Dans tous les cas, les streptocoques étaient les microbes les plus abondants et dans quelques-uns étaient seuls : ce sont les seuls aussi qui aient été vus dans l'épaisseur des tissus sous-jacents à la fausse membrane, dans les conduits glandulaires ou dans les lymphatiques sous-muqueux. Abondant aussi était le staphylocoque pyogenes aureus ou albus, aussi abondant dans la bouche ou dans les sécrétions des bronches que dans les fausses membranes. Outre ces deux formes principales, l'auteur a pu isoler plus de 20 bactéries différentes, qu'à un examen ultérieur on constatait se rencontrer soit dans la bouche, soit dans les sécrétions bronchiques des enfants en bonne santé. Le bacille de Lœffler ne fut trouvé dans aucun de ces cas.

Le staphylococcus ne présente ici aucune spécificité et a pu se retrouver dans l'air des appartements ou des salles, dans la bouche d'individus sains; aussi son importance est-elle secondaire, et l'auteur en dernière analyse ne regarde comme constant que le streptococcus, qu'il appelle par suite des formes qu'il revêt, streptococcus diphteriæ.

De l'étude expérimentale qu'il a entreprise l'auteur conclut que, dans tous les cas, il a pu retrouver le streptococcus diphteriæ, qu'il a pu l'isoler en cultures pures et en constituer l'histoire par son étude dans les différents milieux qu'il a mis en usage; mais qu'en inoculant ces cultures pures à des animaux, il n'a pu reproduire une affection pouvant être regardée comme la diphtérie. Chez les lapins et les pigeons, l'inoculation produisait des phlegmons et des abcès.

Cette dernière partie des recherches, sur laquelle l'auteur s'arrête longuement, n'a pas donné de résultats pour differentes raisons; parmi les animaux, quelques-uns ne sont pas aptes à prendre la diphtérie; chez d'autres, celle-ci est due à des microbes d'une autre forme que ceux qui la déterminent chez l'homme. Elle présente des caractères particuliers spéciaux qui empêchent de conclure de la diphtérie de l'homme à celle des animaux, et il paraît démontré que les animaux sont réfractaires à la diphtérie telle qu'on la trouve chez l'homme.

Dans tous les cas, on a pu révéler l'existence du streptococcus diphteriæ, même dans les cas légers, et dans la plupart on le trouvait non seulement dans les fausses membranes, mais encore dans le foie, les reins, la rate, etc.

Si l'on examine de plus près le streptococcus diphteriæ, on voit qu'il se rapproche, sinon s'identifie avec le streptococcus pyogenes et le streptococcus erysipelatus. Les cultures, les résultats d'inoculations des 3 microbes sont les mêmes. La seule différence qu'on ait pu signaler réside dans une rapidité différente d'apparition et de développement dans les cultures artificielles. En somme, impossibilité absolue actuellement de trouver des caractères spécifiques de chacun.

L'auteur recherche si, par le mode d'invasion différent, la diversité des virulences, enfin la plus ou moins grande résistance de l'individu, on ne pourrait pas expliquer la différence d'évolution clinique de ces organismes produisant tantôt un phlegmon, tantôt un érysipèle, etc. Les suppurations venant compliquer la diphtérie ne sont pas rares; des phlegmons à distance au niveau de l'ombilic ont pu se montrer, et on y a décelé des microbes de même nature que ceux rencontrés dans les fausses membranes du pharynx.

Desséché, le streptococcus de la diphtérie peut pendant une longue période conserver sa vitalité et sa virulence. Le froid n'a sur lui aucune influence, et il résiste à de très basses températures (— 10° C.).

Les vapeurs d'acide sulfurique le détruisent assez rapidement, l'acide phénique doit être en solution au moins à 20 pour 1000 et son action prolongée pour être efficace; la créoline paraît un peu plus active que l'acide phénique. Le sublimé est le meilleur destructeur des germes de la diphtérie.

Mais il est certain que l'action de ces antiseptiques est bien différente et bien plus efficace sur des cultures qu'elle ne l'est lorsque les streptococcus sont dissimulés dans les fausses membranes ou enfouis dans le tissu sous-muqueux. F. VERCHÈRE.

II. — La pneumonie lobulaire et la broncho-pneumonie compliquent nombre d'affections sans qu'il soit permis encore de connaître les raisons déterminant ces fréquentes complications. Les auteurs étudient la pneumonie lobulaire et la broncho-pneumonie de la diphtérie.

Après avoir examiné au point de vue morphologique et au moyen des cultures les poumons de 70 enfants morts de diphtérie compliquée de pneumonie, les auteurs ont pu constater d'abord que chez tous les fausses membranes contenaient un streptococcus qu'ils regardent comme cause de la diphtérie, et aussi que ce même streptococcus se retrouvait dans les poumons de leurs malades. Aucun autre micro-organisme ne l'accompagnait dans ces poumons assez fréquemment ou assez abondamment pour qu'on puisse attribuer à d'autres qu'à lui la cause de la pneumonie.

Il a été possible de donner à des lapins d'une façon constante, par injection intratrachéale de cultures pures, de ces streptocoques isolés et provenant des poumons d'enfants ayant succombé, des pneumonies et des broncho pneumonies absolument analogues. Cette bactérie, contrairement à d'autres semblables, ne se généralise pas dans le sang ou les viscères des animaux inoculés.

Si l'on détermine une inflammation locale du poumon de l'animal, la bactérie spécifique disparaît rapidement. La théorie de la phagocytose explique cette disparition. Elle démontre aussi pourquoi dans les poumons des enfants ayant succombé à la pneumonie suite de diphtérie, quelques foyers seulement contiennent des streptococcus en grand nombre, tandis que dans d'autres foyers enflammés il sont rares et parfois même absents.

Comme conclusion on peut admettre que la pneumonie lobulaire aiguë et la broncho-pneumonie des enfants compliquant la diphtérie sont déterminées par l'introduction des streptococcus diphtéritiques dans les poumons par aspiration au niveau des foyers diphtériques des premières voies aériennes. F. VERCHÈRE.

Sur le mode de transmission de la rougeole et de la diphtérie, par SEVESTRE
(*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 *février* 1889).

Sevestre admet que la rougeole peut être contagieuse trois jours avant le début de l'éruption, c'est-à-dire dès les premières heures de la période prodromique; il n'a jamais vu de cas de contagion donnée par les

convalescents qu'il renvoie 7 à 8 jours après le début de l'éruption; il croit que la transmission se fait le plus souvent par l'air atmosphérique, la zone infectieuse ne dépassant guère quelques mètres de rayon; que la contagion par les objets qui ont touché les malades est plus rare, que la contagion indirecte par tierce personne est exceptionnelle. Sevestre admet aussi la courte vitalité du microbe rubéolique; l'infection d'une chambre ne dure que quelques heures.

Pour la diphtérie, au contraire, si elle peut se transmettre aussi par l'air ou par contact direct, elle se propage le plus souvent d'une manière médicale par l'intermédiaire d'un objet quelconque.

Les objets contaminés gardent longtemps leur puissance contagieuse. Une jeune fille prit la diphtérie après avoir vidé un meuble qui avait renfermé des objets ayant servi à sa mère, morte de diphtérie deux années auparavant.

Comme conclusion prophylactique, Sevestre préconise pour la rougeole l'isolement du rubéolique et des enfants qui ont été en contact avec lui, sans négliger la désinfection des objets de literie; pour la diphtérie, l'isolement du malade et surtout la désinfection radicale de tous les objets qui ont pu lui servir.

Grancher ne croit pas que le germe de la rougeole ou de la diphtérie contagieuse existe dans l'air expiré; il ne peut pas en donner de preuve explicite, il raisonne sur les analogies et les notions acquises pour les autres germes connus; la dessiccation préalable est une condition indispensable; on peut dire seulement que l'air autour d'un malade rubéolique ou diphtérique peut être dangereux.

Sevestre a vu plusieurs fois des enfants séjourner impunément dans une pièce occupée peu avant par des rubéoliques; c'est par l'air expiré qu'il explique la contagion précédant l'éruption; c'est par l'air également qu'il comprend la contagion se faisant surtout, sinon exclusivement, dans les lits les plus voisins du rubéolique. H. L.

Notes sur le développement des fonctions cérébrales et sur les paralysies d'origine cérébrale chez les enfants, par A.-M. GIBOTTEAU (*Thèse de Paris, n°* 157, 1889).

Travail consacré non seulement à l'étude clinique des paralysies d'origine cérébrale chez les enfants, mais aussi à des recherches anatomiques et physiologiques sur le cerveau dans cette période de la vie. Au point de vue anatomo-physiologique pour ce qui est du développement des centres nerveux, l'auteur arrive à la conclusion suivante : l'anatomie semble impliquer le début par le membre inférieur; la physiologie expérimentale, le début par le membre supérieur; la pathologie, le début par la face. — Au point de vue anatomo-pathologique, en outre des lésions qui frappent l'encéphale de l'adulte, il faut signaler comme spécial à l'enfant : l'arrêt primitif de développement portant sur les deux hémisphères; l'arrêt de développement d'un hémisphère par rétrécissement artériel primitif; une série de processus infectieux ou marastiques indéterminés aboutissant à la sclérose lobaire, à la porencéphalie ou au ramollissement; la méningite chronique toujours double; la sclérose tubéreuse : les gros tubercules. — Au point de vue clinique, il est

impossible de diagnostiquer sur le vivant la nature et le siège précis des lésions. Les symptômes doivent être soigneusement classés suivant trois états différents : état de début, état d'évolution, état constitué. — Au point de vue diagnostique, il faudrait ajouter aux signes classiques la déviation constante de la face. PIERRE MARIE.

Fall von Trepanation bei einer Jackson'schen Epilepsie, par LANGENBUCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 13, *p.* 288, 1er *avril* 1889).

Fillette de 5 ans et demie, tombée violemment de son lit sur la tête, il y a trois ans. Aucune blessure appréciable. Dès la nuit suivante, accès convulsif occupant la moitié gauche de la face et les membres correspondants. Les convulsions ne reparurent que deux ans plus tard; dès lors, elles revinrent à intervalles de six à huit semaines, débutant toujours par la main gauche et s'étendant successivement au bras gauche d'abord, puis au visage, et enfin au membre inférieur gauche. En même temps, l'enfant perd connaissance et a des garde-robes et des mictions involontaires ; la durée de ces accès est de deux ou trois heures.

La tête ne présente aucune trace d'ancienne blessure. Sensibilité et réflexes tendineux partout à l'état normal; intelligence saine.

On diagnostique une épilepsie jacksonnienne, et l'on pratique une trépanation exploratrice. Dure-mère très tendue, mais non pulsatile. Incision cruciale qui montre un kyste de la grosseur d'une petite noix, à contenu aqueux, parfaitement transparent, à parois très minces et translucides, creusé dans les méninges; ce kyste ne renfermait aucun élément hydatique; pas trace de pigment indiquant une ancienne hémorragie. Cerveau simplement déprimé par le kyste et ne tardant pas à reprendre sa place. Suture de la plaie et guérison sans incidents.

Mais seize semaines plus tard réapparaissent les attaques convulsives qui se répètent dès lors toutes les six semaines. Bien plus, l'enfant a depuis quelque temps, une ou plusieurs fois par jour, des attaques de petit mal.

Il y a donc eu aggravation depuis l'opération. J. B.

Anomalie du cœur chez un enfant de trois mois... par Eugène REVILLIOD (*Revue médic. de la Suisse romande, IX*, 159, *mars* 1889).

Enfant du sexe féminin, âgé de 3 mois, mais présentant pour le développement l'apparence d'un nouveau-né ; il est atteint de cyanose et succombe à une pneumonie lobulaire.

Autopsie. Ventricule cardiaque unique donnant naissance à deux artères et s'ouvrant dans l'oreillette gauche par un large orifice.

Les oreillettes communiquent largement entre elles par le trou de Botal, et ont des auricules très développées. L'oreillette gauche reçoit 3 veines, la cave supérieure et les deux pulmonaires ; l'oreillette droite, beaucoup plus grande, ne reçoit cependant que la veine cave inférieure. Valvule mitrale quadrivalve; pas de valvulve tricuspide.

Les artères coronaires naissent de l'artère pulmonaire. J. B.

Goitre exophtalmique chez l'enfant ; guérison, par Herm. MÜLLER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 8, *p.* 242, 15 *avril* 1889).

Fillette âgée de 10 ans et demie, venue, pour la première fois, à la policlinique, le 25 novembre, à cause d'un goitre qui s'est développé rapidement. A première vue, on remarque, en outre, une exophtalmie intense, des battements de cœur manifestement renforcés et perceptibles dans une plus

grande étendue, une augmentation de la matité cardiaque avec léger souffle systolique et accroissement du nombre des pulsations (130).

Au niveau du goitre, on perçoit à la main du frémissement correspondant à un souffle systolique très fort à l'oreille.

L'affection a débuté, il y a une quinzaine, par de la maladresse des mains, sans mouvements choréiques ni tremblement; l'enfant pouvait à peine écrire et à différentes reprises fut renvoyée de l'école. Puis apparurent des vomissements répétés, de la lassitude et des douleurs ambulantes.

Le 20 décembre, la petite malade contracta la diphtérie. Le 31, il ne restait presque plus trace de goitre; le frémissement et le souffle avaient disparu, ainsi que l'exophtalmie; le pouls ne battait plus que 80 fois par minute. La maladie n'avait duré que six semaines.

Le traitement avait consisté en frictions avec une pommade iodée et administration à l'intérieur de fer et d'arsenic.

Dans la discussion, Eichhorst insiste sur la rareté du goitre exophtalmique dans l'enfance. Le fait ci-dessus est le treizième publié. J. B.

Sur les troubles dyspeptiques dans l'enfance et sur leur diagnostic par la recherche chimique du suc gastrique, par MONCORVO (*In*-8°, *Paris*, 1889).

Les troubles dyspeptiques sont d'une fréquence très grande chez les enfants au Brésil; la température élevée du pays y contribue certainement. Au-dessus de deux ans, on rencontre le plus souvent dans ces conditions de la dilatation de l'estomac. Au-dessous de deux ans, l'insuffisance de l'estomac est attribuable le plus souvent à la diminution ou à l'absence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. L'hyperchlorhydrie se rencontre parfois, mais rarement au-dessus de deux ans.

A. M.

Ueber Nierenaffectionen bei Kindern (Néphrites des enfants, réflexions sur l'urémie et l'ammoniémie), par JAKSCH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 40, *p.* 809, 1888).

L'auteur a observé chez quatre enfants une forme de néphrite aiguë correspondant à ce qu'on décrit chez l'adulte sous le nom de néphrite à frigore, mais se distinguant en général par la bénignité du pronostic. Elle paraît être d'origine infectieuse, comme la néphrite bacillaire interstitielle de Letzerich, et cependant l'auteur n'a pas découvert encore de micro-organisme spécifique. La cause échappe donc.

Sur les quatre cas de l'auteur, il y a un décès; à l'autopsie, néphrite aiguë, l'examen bactériologique ne fournit pas de résultat.

L'auteur suppose qu'il y a un bacille à trouver, distinct de celui de Letzerich et donnant naissance à une variété spéciale de néphrite infectieuse.

Contre les néphrites en général la thérapeutique est impuissante. Le seul médicament utile serait, d'après l'auteur, le salicylate de soude, spécialement pour prévenir la néphrite scarlatineuse. Quand on le prescrit dès le début aux scarlatineux, on influence favorablement la marche de la maladie et, de plus, on empêche le développement de la néphrite.

L'auteur distingue cliniquement l'urémie de l'ammoniémie ; dans cette dernière, il y a surtout les sueurs froides et l'abaissement de la température, mais pas de signes d'excitation cérébrale.

L'ammoniémie est le résultat de la décomposition de l'urine produite

dans les voies urinaires, mais en dehors des reins ; l'urine donne naissance à des corps analogues aux alcaloïdes (toxine, etc.,) qui sont résorbés par les muqueuses. Ces poisons, envahissant l'organisme, ne peuvent être éliminés par les reins malades. L. GALLIARD.

Ueber Acetonurie und Diaceturie bei Kindern (Acétonurie et diacéturie chez les enfants), par SCHRACK (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXIX, Heft* 3 *et* 4, 1889).

L'acétonurie est très fréquente chez les enfants, particulièrement dans les affections fébriles et les troubles digestifs qui évoluent d'une façon aiguë; cependant on peut voir une fièvre persister quelque temps sans acétonurie.

Dans la tuberculose pulmonaire il n'y a pas d'acétonurie ; on ne sait pas par quel lien étiologique il y a de l'acétonurie dans les troubles nerveux, surtout ceux qui sont localisés au larynx.

La diacéturie s'observe aussi très souvent dans les états fébriles prolongés; on la rencontre plus souvent que l'acétonurie dans les états infectieux graves, même sans fièvre. Peut-être l'apparition de la diacéturie tient-elle aux accès éclamptiques qu'on observe si souvent au début des affections fébriles, car l'examen de l'urine montre chez plusieurs enfants une réaction acétique intense. BARBE.

De quelques troubles urinaires de l'enfance, par L.-J. GUINON (*Thèse de Paris, février* 1889).

Le travail de Guinon tend à démontrer qu'il existe, chez l'enfant, un certain nombre de troubles fonctionnels de la sécrétion et de l'excrétion urinaires, sans lésions locales ou à distance. Ces troubles, qui peuvent s'observer à toutes les périodes de l'enfance, résultent de la perturbation ou de l'excitation d'un centre cérébral ou médullaire. Ils sont liés à l'hérédité névropathique et coïncident avec d'autres anomalies mentales ou somatiques chez le malade ou chez ses proches.

Parmi ces troubles, les deux principaux sont : 1° l'incontinence d'urine ou miction involontaire nocturne; 2° la polyurie simple.

L'incontinence nocturne appartient, soit aux enfants faiblement constitués ou affaiblis par une maladie aiguë, soit aux enfants héréditaires d'une tare nerveuse ou dégénérés à tous les degrés. Elle se retrouve dans les antécédents des adultes névropathes (hystérie, aliénation, lésion médullaire, etc.) En un mot, c'est, pour Guinon, un stigmate bénin de l'hérédité nerveuse et psychique.

La polyurie se rencontre le plus souvent aussi chez les enfants à hérédité névropathique, et elle coexiste parfois avec l'incontinence d'urine dans les familles. Elle peut résulter des perturbations nerveuses les plus variées ; mais quand celles-ci paraissent insuffisantes, on trouve toujours chez le sujet une aptitude héréditaire aux manifestations anormales de l'activité nerveuse (dégénérescence ou hérédité névropathique). Cette polyurie n'atteint pas d'ordinaire l'état général, et sa durée semble indéfinie : si, cependant, elle est d'origine traumatique ou consécutive à une maladie aiguë, elle est susceptible de guérison. Enfin, la polyurie héréditaire est une polyurie simple, qu'on ne peut rattacher à aucune diathèse. R. JAMIN.

Schwere Antipyrinvergiftung bei einem Kinde (Accès épileptiformes causés chez un enfant par l'antipyrine), par Frank TUCZEK (*Berlin. klin. Woch., n° 17, p.* 373, 29 *avril* 1889).

Les trois enfants de Tuczek étant atteints de la coqueluche, il leur fit prendre, durant trois semaines, de l'antipyrine, à la dose de 1 gr,20 par jour pour le plus âgé, un garçon de 4 ans, de 80 centigrammes pour une fillette de 3 ans, et de 40 centigrammes pour une fillette de 20 mois.

Tout à coup le petit garçon, qui n'avait jamais été malade avant sa coqueluche, accuse de la lassitude ; il a de l'insomnie, de la jactitation, puis des vomissements. L'antipyrine est immédiatement supprimée. Néanmoins, il tombe dans un sopor interrompu seulement par des accès épileptiformes, qui se suivent très rapidement et ne cessent que le 4e jour. Pendant tout le temps des accidents, l'haleine et l'urine ont une forte odeur d'acétone et celle-ci en contient en effet. Le premier soir apparaît sur le ventre, les joues et les oreilles seulement, un exanthème scarlatiniforme qui s'évanouit au bout de quelques heures. Après les convulsions, il y a plutôt abaissement qu'élévation de la température rectale. L'accès est souvent précédé d'un cri, accompagné de morsures linguales et toujours terminé par un stertor profond et prolongé. Les convulsions, d'abord toniques, débutent par la commissure labiale droite ou par une déviation conjuguée des yeux, dans un sens ou dans l'autre, puis tantôt se généralisent à tout le corps, tantôt restent limitées au côté droit.

Dans les intervalles des attaques, il y avait sopor avec respiration de Cheyne Stokes et contractures par instants de divers muscles (trismus, grincement des dents, etc.).

Ni albumine, ni sucre dans l'urine.

Les quintes de coqueluche qui avaient cessé pendant les accidents d'intoxication, respirent ensuite très violentes. J. B.

L'hospice des Enfants-Assistés en 1888, par SEVESTRE (*Soc. méd. des hôpitaux,* 25 *janvier* 1889).

Pendant les 5 années 1882-1886 la moyenne des décès par rougeole avait oscillé entre 42 et 57 0/0. Dans le deuxième semestre la mortalité est tombée à 21 décès sur 98. Ce progrès est dû, non au pavillon d'isolement dont l'installation n'avait amené aucune diminution dans le nombre des cas, mais à la désinfection par l'étuve des vêtements et objets de literie. De même pour la diphtérie qui de 62 et 61 cas dans les 1er et 2e semestres en 1887, de 78 dans le 1er semestre de 1888, est tombée à 13 dans le 2e, ce qui est dû exclusivement à la désinfection rigoureuse des linges et objets de literie. La diminution du nombre des cas de rougeole ne pourrait être obtenue que par une observation suffisamment prolongée dans un lazaret bien installé. H. L.

Fall von Pneumatocele cranii supramastoidea, par SONNENBURG (*Berlin. klin. Woch., n°* 13, *p.* 289, 1er *avril, et n°* 15, *p.* 337, 15 *avril* 1889).

Fillette de 12 ans, présentant une tumeur gazeuse de la grosseur d'une tête d'enfant, qui s'est développée dans le cours de six mois, sans occasionner la moindre douleur. L'air qui la remplit se trouve entre les os et le péricrâne décollé, et ne peut provenir que de l'intérieur de l'oreille. Par la pression, on chasse l'air de la tumeur. D'autre part, en faisant des expirations répétées, la bouche et le nez fermés, la malade peut faire passer, par

la trompe d'Eustache, de l'air qui vient remplir la tumeur. (*R. S. M.*, IV, 263.) J. B.

Extirpation d'un cancer de l'ovaire chez une enfant, par KRUKENBERG (*Berlin. klin. Woch.*, n° 42, *p.* 855, 15 *octobre* 1888).

Fillette de 8 ans, ayant depuis un an une tumeur dans le ventre, sans ascite. Laparotomie. Ablation d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, siégeant dans un ovaire; le pédicule était très long et très vasculaire. L'autre ovaire était sain. L'examen microscopique révèle un carcinome. Guérison parfaite. J. B.

Reproduction of the entire patella after necrosis and removal by operation; par GIBNEY (*New York med. Record, p.* 417, 13 *avril* 1889).

Enfant, qui a sept ans, reçoit un coup sur le genou; douleur et gêne de la marche. Huit jours après, on ouvre un abcès prérotulien. Drainage. 15 jours plus tard, il est vu par Gibney; secrétion purulente abondante, la rotule est mobile; quelques jours plus tard le stylet arrive sur l'os dénudé. Le 5 avril chloroformisation, on enlève la rotule, lavage au sublimé, drainage, plâtre, immobilisation pendant trois semaines. En juillet, la fonction est récupérée complètement. Il existe une rotule aussi grande que celle du côté opposé.

Abbe ajoute que la reproduction tient au périoste, qui était probablement cas en place. P. DUFLOCQ.

Hydrocèle vaginale et épiplocèle chez un enfant de 5 ans. Épiploïte tuberculeuse. Cure radicale de l'épiplocèle, de l'hydrocèle et de la tuberculose, par LARGEAU (*Bull. de la Soc. de chir.*, *t. XIV*, *p.* 816).

Enfant de 5 ans 1/2. Antécédents de tuberculose chez les parents. Hernie inguinale droite dans la première enfance qui aurait guéri par l'application permanente d'un bandage.

Largeau voit, le 15 décembre 1886, l'enfant malade depuis 15 jours et soigné d'abord pour une fièvre typhoïde. A l'examen, ballonnement du ventre, tympanisme. Tumeur à la région inguinale droite, composée de deux parties distinctes : autour du testicule, une hydrocèle du volume d'une noix, fluctuante et transparente, au-dessus une épiplocèle nettement lobulée. Léger empâtement autour de l'épiplocèle. Diagnostic : épiplocèle enflammée avec ballonnement du ventre par action réflexe; pas de péritonite généralisée.

Le 16 décembre, opération. On trouve l'épiploon et le sac parsemés de granulations rondes semblables à des grains de tapioca cuit. Ligature de l'épiploon le plus haut possible, dissection du sac, ligature très haut. Cure radicale de l'hydrocèle.

Suites de l'opération, simples; guérison rapide.

L'examen histologique fait par Cornil et Toupet montre qu'il s'agit de granulations tuberculeuses.

Depuis l'opération, l'état général est excellent, et, en janvier 1888, plus d'un an après, Largeau a pu constater qu'il n'existe aucun signe de tuberculose généralisée. C. WALTHER.

Amputation of the thigh of a three days'old girl (Amputation de cuisse chez une enfant de trois jours), par MADDIN (*New-York med. record, p.* 461, 27 *avril* 1889).

Enfant qui présente à la naissance une gangrène sèche du membre droit, s'étendant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse.

Amputation trois jours après la naissance ; guérison.

Comme cause de la gangrène, l'auteur invoque, soit l'enroulement du cordon autour du membre dans les derniers mois de la grossesse, soit une chute que fit la mère, grosse femme pesant 225 livres, huit jours avant sa délivrance. P. DUFLOCQ.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Observations pour servir à l'histoire clinique du pityriasis rubra pilaire (pityriasis pilaris de Devergie et Richaud), par BESNIER (*Annales de dermat.*, nos 4, 5, 6, 1889, *avec trois planches et dessins histologiques*).

Importante monographie dans laquelle l'auteur étudie à fond tous les caractères de cette dermatose encore difficile à diagnostiquer, en se basant sur un nombre considérable d'observations. La description minutieuse et détaillée que l'auteur donne de la maladie ne se prête pas à l'analyse. Il étudie d'abord les caractères dermatographiques et histologiques des lésions élémentaires du pityriasis rubra pilaire. Les aspérités coniques des orifices folliculaires sont constituées par un étui corné qui engaine les poils habituellement cassés à peu de distance de la surface ; la peau est dure, donne au toucher la sensation d'une lime et a tout l'aspect de la peau ansérine. L'étui corné qui entoure les poils n'est pas formé par les gaines internes ainsi que l'a cru Bœck ; les recherches histologiques de Jacquet montrent au contraire que la gaine épithéliale interne du poil est normale. Il y a exagération de la production cornée, qui forme au centre des conduits folliculaires de grosses masses vitreuses, disposées parfois en couches stratifiées régulières. Le cône circumpilaire est dû à la kératinisation exagérée de la paroi épithéliale de l'infundibulum.

L'exfoliation de la couche cornée de l'épiderme est souvent le premier indice de la maladie et en demeure constamment un des caractères essentiels. Elle s'accompagne le plus souvent de l'élimination des poils dans certaines régions. Les cheveux et la barbe résistent seuls d'une façon constante.

A ces phénomènes initiaux qui se passent dans la couche superficielle de l'épiderme, se joint rapidement la rougeur de la peau avec exagération des plis de sa surface. L'hyperémie avec infiltration de la couche papillaire du derme complète l'évolution de ces diverses phases qui se développent d'ordinaire avec une lenteur qui permet de les suivre assez facilement. La régression se fait également avec une extrême lenteur, avec des alternatives d'augmentation et de déclin.

L'auteur étudie ensuite les conditions étiologiques de la maladie, suivant l'âge, le sexe, la marche de la maladie, ses localisations au visage, au cuir chevelu, cou, tronc, organes génitaux, membres, extrémités, faces palmaires et dorsales, ongles. Chacune de ces localisations est minutieusement étudiée dans les divers types qu'elle présente. Il est remarquable de voir que dans les cas les plus intenses et les plus pro-

longés, l'état général ne présente jamais d'altération grave : il y a seulement un peu d'amaigrissement.

La durée de la maladie est indéfinie, la récidive est si habituelle que lorsqu'on parle de guérison, il ne peut être question que de la cessation d'une des manifestations ; la récidive est sinon fatale, du moins toujours à craindre. Toutefois, les intermissions ou guérisons temporaires sont parfois fort longues. Les crises ordinairement deviennent de plus en plus fortes, et la maladie dans ces cas devient permanente. Le pronostic est sérieux en raison de cette longue durée de la maladie, plutôt qu'en raison de sa gravité. Jamais, dit Besnier, le pityriasis rubra pilaire n'a compromis l'existence.

Au point de vue de la différenciation anatomique, le pityriasis rubra pilaire a pour élément essentiel une anomalie de kératinisation de l'épiderme de tout l'appareil folliculaire : il se produit une hyperkératose exfoliante dans l'infundibulum folliculaire, les glandes sébacées annexes et le lit unguéal. Viennent ensuite l'hyperémie du réseau vasculaire superficiel avec exsudation œdémateuse ; il n'y a pas de dermite, pas de nodosités inflammatoires, et la peau est d'une tolérance remarquable pour les applications irritantes ; les adénopathies sont aphlegmasiques. Le pityriasis rubra pilaire se trouve donc facilement distingué de toutes les dermites dans lesquelles intervient un élément hyperkératosique avec exfoliation, pityriasis rubra, dermites aigues généralisées primitives, dermatites exfoliatrices, tous les lichens.

Au point de vue clinique, le pityriasis rubra pilaire réunit un ensemble de caractères propres qui l'individualisent au plus haut degré comme type morbide. Mais cet ensemble est nécessaire, car pris isolément, les principaux éléments cliniques se rencontrent dans d'autres affections. C'est ainsi que le grain pilaire ou aspérité conique du pityriasis rubra pilaire se rencontre dans l'ichthyose, la xérodermie érythémateuse, et dans plusieurs érythrodermies et kératoses, par exemple le lichen ruber acuminé, le psoriasis folliculaire, le pityriasis rubra, les dermatites exfoliantes, etc. Il en est de même pour les altérations unguéales, pour les plaques granitées typiques et pour les autres symptômes. Le seul fait de l'hérédité, sans parler des caractères cliniques, sépare nettement le pityriasis rubra pilaire de l'ichthyose. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'exposé de chacun des diagnostics à propos desquels il détermine en caractères d'une remarquable précision toute la différenciation clinique du pityriasis rubra pilaire par rapport au pityriasis rubra, aux diverses variétés de lichen, au psoriasis, etc...

La nature et la pathogénie du pityriasis rubra pilaire sont encore obscures : il appartient à la classe des déviations trophiques du système épidermique ou dysépidermotrophies. La théorie nerveuse, la théorie parasitaire ne reposent ni l'une ni l'autre sur des bases solides.

La thérapeutique générale par l'acide phénique ou l'arsenic n'a point donné jusqu'ici de résultats indiscutables, et la maladie s'amende parfois sans aucun traitement. La médication locale par les pommades anodines, les bains, les pulvérisations, les savonnages, le goudron, l'acide pyrogallique, les applications antiseptiques, les emplâtres, les gélatines médicamenteuses, etc., donne des résultats incomplets, mais qui atténuent les principaux symptômes de la maladie. Les applications d'acide pyro-

gallique maniées avec prudence rendent notamment de véritables services aux malades. F. BALZER.

Étude sur le pityriasis rosé de Gibert, par MOINJEARD (*Thèse de Paris*, 1889).

L'auteur donne une monographie complète du pityriasis rosé avec plusieurs observations nouvelles. Pour lui, le pityriasis rosé de Gibert doit conserver une place à part dans le cadre nosologique, et il le sépare résolument des affections parasitaires et notamment de la tricophytie. C'est un exanthème vrai, c'est-à-dire une maladie infectieuse; elle présente les caractères habituels des maladies infectieuses, la spontanéité, l'acuité, la non-récividité, l'évolution cyclique. Elle s'en distingue par la faiblesse de la réaction générale et par la bénignité constante du pronostic. F. BALZER.

Inoculabilité du psoriasis, par AUGAGNEUR et DESTOT (*Lyon méd.*, 18 *août* 1889).

Chez 6 enfants psoriasiques revaccinés, 4 ont eu l'éruption vaccinale transformée en plaques de psoriasis.

Un des auteurs, Destot, s'est inoculé par scarification, des lamelles de psoriasis jeune. Quinze jours après, on voyait un simple petit bouton rouge au point d'inoculation, mais des taches psoriasiques très nettes au coude.

Augagneur admet que l'inoculation a amené une infection générale et le transport du parasite par la voie circulatoire.

Aubert cite deux cas de contagion entre mari et femme.

Augagneur a vu deux cas d'eczéma transformés en psoriasis. A. C.

L'eczéma séborréique d'Unna, par GAMBERINI (*Giorn. ital. delle mal. vener., juin* 1889).

Dans cet opuscule, Gamberini combat la conception de l'eczéma séborréique d'Unna. Cette maladie est-elle un eczéma primitif ou secondaire? Il faut rappeler que la séborrhée plus ou moins circonscrite peut être suivie d'une forme d'eczéma, ainsi que cela s'observe pour le cuir chevelu des enfants. D'après Unna, les voies lymphatiques de la peau sont injectées de graisse dans ces cas ; Gamberini se demande s'il faut dès lors attribuer aux glandes sudoripares l'étiologie de la maladie plutôt qu'à des altérations des lymphatiques; il combat d'ailleurs l'opinion de Unna que les glandes sudoripares participent d'une manière très active à la sécrétion de la graisse. Pour lui, le traitement employé par Unna ne décèle pas non plus la nature et l'origine de la maladie; Gamberini ne trouve pas suffisamment justifiée l'importance donnée à cet eczéma par Unna. Il croit, avec Hallopeau et Vidal, que les glandes sébacées tiennent une grande place dans son évolution. F. BALZER.

Pemphigus arthritique de Bazin. Dermatite herpétiforme de Duhring. Dermatite polymorphe chronique à poussées successives de Brocq, par HALLOPEAU (*Ann. de derm. et de syphilig.*, *n°* 6, 1889).

Hallopeau, à propos d'un cas typique de pemphigus arthritique, ayant évolué en plusieurs poussées, fait remarquer que la dénomination de polymorphe n'a qu'une importance secondaire, car les diverses lé-

sions qui existaient simultanément dans son cas : plaques érythémateuses, vésicules, bulles, pustules, ne sont que les divers degrés dans l'évolution d'un processus univoque, allant de l'érythème à la bulle. S'agit-il d'une tropho-névrose ou d'une auto-intoxication ? Hallopeau, frappé des analogies que présente le pemphigus arthritique avec certaines éruptions iodiques, adopte cette dernière opinion. THIROLOIX.

Pemphigus der Haut und der Mundschleimhaut verbunden mit « essentieller Schrumpfung » und Pemphigus der Konjuncktiven (Pemphigus de la peau et de la muqueuse buccale avec rétraction spéciale et pemphigus des conjonctives), par Malcolm MORRIS et Leslie ROBERTS (*Monats. f. prakt. Dermatol., Band VIII, n°* 10).

Les auteurs rapportent une observation personnelle et font une étude d'ensemble du pemphigus conjonctival. Ils en ont recueilli 28 cas dans la littérature médicale. L'affection a débuté 16 fois par la peau, 4 fois par les muqueuses, 8 fois par les yeux. Ceux-ci ne sont pas atteints simultanément, mais l'un après l'autre ; dans 12 cas, on a pu voir sur la conjonctive des vésicules et des bulles encore intactes ou récemment crevées. On a vu se développer sur cette muqueuse des pseudo-membranes diphtéroïdes. Il se produit secondairement une rétraction caractéristique de la conjonctive ainsi que des paupières et du globe oculaire ; elle a pour conséquences, d'une part, une difformité des paupières qui met les cils en contact avec la conjonctive oculaire, d'autre part, une ectopie et une conjonctivite. Tôt ou tard, la cornée se trouble et la conjonctive oculaire s'épaissit ; ces membranes finissent par se dessécher et prendre un aspect que l'on a comparé à celui de la xérophtalmie ; la vision, affaiblie dès le début, s'abolit ultérieurement dans l'un des yeux ou dans les deux. On a observé la perforation de la cornée, le prolapsus de l'iris et la destruction de tout le bulbe oculaire. Dans le cas de pemphigus iodique que nous avons publié (XXXIV, 192), les lésions oculaires présentaient une frappante analogie avec celles qui viennent d'être décrites.

H. HALLOPEAU.

A case of keratosis (ichthyosis) follicularis, par James WHITE (*Journ. of cut. and genito-ur. dis., avec planches, juin* 1889).

White rapporte l'observation d'un homme âgé de 49 ans, atteint d'une affection de la peau caractérisée par des papules crouteuses, par des saillies dures enfoncées dans les orifices des follicules. Il y a en outre des excroissances papillomateuses ou fongueuses et des ulcérations aux membres inférieurs. La peau exhale une odeur fétide. Cette maladie qui date de 27 ans, s'est développée lentement et a fini par se généraliser. L'auteur rapproche cette observation des cas d'ichthyose noire cornée des auteurs français. L'examen histologique fait par Bowen a montré que les orifices folliculaires dilatés contiennent une matière cornée avec des globes épidermiques. Les glandes sébacées et les follicules pilaires sont sains. La matière cornée s'étend jusqu'au fond de la dilatation. Le corps muqueux est irrité et en voie de prolifération.

Dans une note annexée à son travail (*Annales de dermat.*, juillet, 1889) Darier dit qu'il croit que ce cas de kératose folliculaire doit être rattaché à la psorospermose,et regrette qu'on n'ait pas dissocié la matière cornée pour chercher les coccidies. F. BALZER.

Note sur l'anatomie pathologique et la nature de la lésion élémentaire du prurigo de Hebra, par LELOIR et TAVERNIER (*Annales de derm., juillet* 1889).

Après avoir passé en revue les diverses opinions émises par les auteurs, Leloir et Tavernier admettent que la lésion élémentaire du prurigo de Hebra est constituée par une sorte de cavité kystique qui se développe dans l'intérieur du corps de Malpighi. Cette cavité augmente de volume en conservant toujours pour voûte supérieure le corps de Malpighi ou la couche cornée et pour parois inférieure et latérales, le corps de Malpighi tendant à se kératiniser à la surface dans les lésions les plus anciennes. Cette cavité contient un liquide clair, quelques cellules épithéliales altérées, quelques rares globules blancs. Il semble exister parfois une relation entre le kyste et le conduit extérieur des glandes sudoripares. Les nerfs cutanés sont sains. Il y a une réelle analogie d'aspect entre ces cavités kystiques et les sudamina tels que les ont décrits Cornil et Ranvier. F. BALZER.

Ueber Acne frontalis seu necrotica (acne pilaris de Bazin), par BŒCK (*Viertel. f. Derm. und Syph., Heft* 1, 1889).

Homme âgé de 31 ans, chez lequel la maladie occupait le front, la partie antérieure du cuir chevelu et les tempes et de plus la nuque, le thorax, le dos et le bras droit. L'auteur rappelle que, dans ses formes les plus atténuées, le processus aboutit à la nécrose cutanée vraie et non à l'atrophie de la peau. Il repousse les noms d'acné atrophique et d'acné lupoïde. Le microscope montre que le processus consiste en une inflammation des follicules pileux avec hyperplasie de leur épithélium, avec dilatation vasculaire, œdème, quelquefois hémorragies. Les exsudats abondants se mortifient d'où la nécrose sèche en pareil cas. L'auteur croit qu'il s'agit seulement d'une affection purement locale et non constitutionnelle. F. BALZER.

Acné chéloïdienne, par VIDAL (*Annales de derm. et de syphilig., n°* 6, 1889).

Il s'agit d'un malade atteint de chéloïde acnéique de la région sus-hyoïdienne, se présentant sous forme d'une bande lisse, régulière, de 3 centimètres de large sur 6 centimètres de long. Comme traitement, Vidal a employé le raclage à fond et l'application de l'emplâtre de Vigo. La cicatrice ayant présenté une tendance au développement chéloïdien, on a pratiqué des scarifications profondes. La cicatrice est devenue souple. THIROLOIX.

De la psorospermose folliculaire végétante, par DARIER (*Ann. de dermatologie, juillet* 1889).

Cette affection, jusqu'ici, n'a pas été décrite ou a été comprise dans le groupe des acnés sébacées, cornées, hypertrophiantes, des kératoses ou ichthyoses folliculaires, etc.... Récemment, Thibault en fait le sujet de sa thèse inaugurale (*R. S. M.*, XXXIV, 191). Le travail actuel montre qu'il existe chez l'homme un groupe de maladies cutanées qui méritent le nom de psorospermoses et sont dues à la présence dans l'épiderme de parasites de l'ordre des sporozoaires, groupe des psorospermies ou coccidies. Dans l'une de ces maladies, dite psorospermose folliculaire végétante, des coccidies d'une espèce particulière envahissent les orifices folliculaires de la plus grande partie des téguments; elles se présentent sous forme de corps ronds, généralement enkystés et contenus

dans les cellules épithéliales, ou de grains réfringents dont l'accumulation constitue un bouchon, lequel fait saillie à l'orifice des follicules. La présence de ces parasites peut servir à établir le diagnostic de cette maladie, car on n'en rencontre de pareils dans aucune affection cliniquement analogue. Le col des follicules envahis devient secondairement le siège de végétations papillomateuses qui peuvent prendre un grand développement et constituer de véritables tumeurs. Cette maladie doit être rapprochée, au point de vue de sa cure, de la maladie de Paget et du molluscum contagiosum. Darier a constaté, dans un cas de maladie de Paget, la présence de coccidies plus volumineuses encore et plus nettement développées que dans la psorospermose végétante. Malassez et Albarran, Cornil, Darier lui-même ont constaté leur présence dans diverses tumeurs épithéliales. Darier met en garde contre l'objection de banalité que l'on pourrait élever au sujet de ces parasites, en faisant remarquer qu'on ne les trouve dans aucune acné, dans aucune kératose folliculaire. Ces parasites sont extrêmement abondants; ils envahissent l'épiderme, leur accumulation forme une matière d'aspect particulier, et ce n'est que secondairement et tardivement que se produit une réaction de la part des tissus. Pour l'auteur, le mode de cette réaction constitue une preuve de plus de l'action pathogène de ces psorospermies.

F. BALZER.

Du molluscum contagiosum envisagé comme maladie parasitaire, par MAURAN (*Thèse de Paris*, 1889).

Le molluscum contagiosum est réellement une affection contagieuse, ainsi que le montrent les épidémies relatées par Allen et par d'autres auteurs. Les inoculations sur l'homme par Retzius, Vidal et Haab sont concluantes. Csokor a réussi, quoique avec difficulté, à l'inoculer également aux animaux; il a prouvé l'identité de la variole des oiseaux avec le molluscum de l'homme, en produisant la maladie chez un coq auquel il inoculait du molluscum d'origine humaine. Cet auteur se rattache à l'opinion émise par Rivolta, Silvestrini et Bollinger qui ont admis les premiers que le molluscum était causé par des grégarines. Dans un travail récent, Neisser adopte la même opinion; pour lui, le parasite appartient au groupe des coccidies, classe des sporozoaires de Balbiani. Le molluscum contagiosum se développe non dans les glandes sébacées, mais dans les bourgeons épidermiques interpapillaires. Dans une note annexée à cette thèse, Darier se rallie à l'opinion de Neisser, et admet que les corpuscules du molluscum sont constituées par des coccidies.

F. BALZER.

Lichen plan scléreux, par HALLOPEAU (*Annales de derm. et de syphilig.*, n° 5, 1889).

Une femme de 58 ans, névropathe, impaludique, voit en juin 1884 se développer au-dessus du poignet gauche des taches pâles entourées d'un cercle rouge. Ces taches, du volume d'une lentille, saillantes dès le deuxième jour de leur apparition, légèrement prurigineuses, forment bientôt en se multipliant un cercle irrégulier. Deux mois après, une éruption semblable se manifeste dans le point symétrique de l'avant-bras droit. L'affection présente une extension lentement progressive jusqu'en avril 1888, époque à laquelle

elle subit une évolution rétrograde. On se trouve actuellement en face de plaques formées de papules décolorées, lisses, brillantes, résistantes au toucher, criblées de petites dépressions représentant des orifices glandulaires dilatés. Chaque papule a un diamètre allant de 1 à 8 millimètres. L'intervalle des éléments est rouge sombre. Certaines plaques décolorées au centre sont rouges à la périphérie. Outre ces plaques, on voit disséminées sur la face palmaire des avant-bras de petites dépressions cicatricielles, décolorées, luisantes, un peu résistantes qui représentent des papules disparues. Elles sont le siège d'un léger prurit.

La décoloration des papules et des cicatrices qui suivent leur disparition ne permet pas de donner à cette affection le nom de lichen ruber. Pour Hallopeau, il s'agit ici d'une forme particulière de lichen et non d'une simple variété de lichen plan ordinaire, comme le voudrait Besnier.

Dans un cas antérieur absolument semblable, Darier avait constaté une atrophie du corps papillaire avec sclérose du derme et dilatation des conduits sudoripares. THIROLOIX.

Lichen pilaire ou xérodermie symétrique de la face, par BROCQ (*Ann. de derm. et de syphilig.*, *avril* 1889).

Madeleine D..., âgée de 10 ans, ayant eu un eczéma pendant dix-huit mois dans sa première enfance, a été atteinte de l'affection actuelle entre 3 et 4 ans. Il y a eu d'abord deux plaques éruptives au niveau des sourcils, constituées par des saillies petites, acuminées, non colorées, ayant un petit poil à leur centre. Plus tard, ces saillies augmentent, deviennent plus rouges, plus nombreuses ; elles s'étendent sur les joues en nappes symétriques, vasculaires, avec de petites saillies disséminées. En outre, on trouve chez cette malade de la séborrhée du cuir chevelu, et du lichen pilaire des bras et de jambes.

Il y a aussi des plaques psoriasiformes en avant des genoux et des aisselles. La situation a été améliorée par l'arséniate de soude et l'huile de foie de morue, et par des applications de glycérolé d'amidon additionné d'acide tartrique et salicylique. Le frère de cette enfant présente la même affection. Décrite par Er. Wilson sous le nom de *folliculitis rubra,* elle est caractérisée surtout par le début dans l'enfance, la symétrie, le développement d'éléments lichénoïdes pilaires qui peu à peu s'organisent en plaques plus ou moins vasculaires. F. BALZER.

Lichen ruber and lichen planus, par TAYLOR (*N.-York med. journ.*, *n°* 1, *p.* 1, 1889).

L'auteur observe une Suissesse âgée de 37 ans, qui, peu après son arrivée en Amérique, en 1884, a été atteinte d'une affection cutanée, laquelle a disparu au bout d'un an ; nouvelle poussée, moins intense, en 1886. Troisième manifestation en mars 1888.

D'abord des groupes d'élevures au cou, au sternum, au menton, puis l'éruption s'étend à la face, au dos, aux épaules, aux régions claviculaire et axillaire, aux bras, à la poitrine, à l'abdomen ; les papules se réunissent en plaques à la face antérieure des bras, sont au contraire disséminées aux avant-bras ; nombreuses aux poignets, elles forment des plaques au dos des doigts. La paume des mains et la plante des pieds sont envahies ; le cuir chevelu est le siège d'une desquamation furfuracée, les cheveux deviennent lanugineux.

L'éruption marche régulièrement de haut en bas : papules, groupes de papules et plaques. Le processus est subaigu ; pas de fièvre, pas de phleg-

masie, pas d'humidité, absence de vésicules et de pustules. Peu de prurit, pas de traces de grattage, pas d'excoriation.

Au mois de décembre 1888 (dix-huit mois après le début de la poussée) l'éruption est presque généralisée. Les dernières parties envahies ont été les régions génitales, les fesses, les jambes.

Il s'agit là d'un lichen ruber.

L'auteur insiste sur la marche de la maladie et sur les trois stades : 1° période des papules isolées; 2° période de coalescence des papules; 3° infiltration chronique modérée de la peau avec légère pigmentation et état squameux.

Il discute le diagnostic avec le lichen plan. Au point de vue histologique, c'est une hypertrophie de toutes les couches de l'épiderme associée à une inflammation exsudative des papilles du derme.

L. GALLIARD.

Observation de lymphodermie pernicieuse, par VIDAL (*Ann. de derm. et de syphilig.*, nº 6, 1889).

Un homme, âgé de 66 ans, ni syphilitique, ni alcoolique, entre dans le service de Vidal, le 15 septembre 1884 et est regardé comme atteint de mycosis fongoïde à la période eczématiforme. Il succombe le 21 janvier 1886 à une congestion pulmonaire rapidement mortelle.

C'est en 1881, à la suite d'un bain brûlant qu'aurait débuté cette maladie par l'apparition sur diverses parties du corps de boutons et de plaques discrets, rouges, suintants, très prurigineux, recouverts parfois de croûtes. En 1883, des pustules seraient apparues sur les mains et auraient complètement guéri, tandis que les premières lésions allaient en empirant. Le malade ayant la figure envahie, se décide à entrer à l'hôpital. Les phénomènes les plus importants qu'il a présentés pendant son long séjour à l'hôpital ont été les suivants : La peau de la face est devenue luisante, lie de vin, vernissée, variqueuse, œdémateuse; elle s'est considérablement épaissie et indurée. Celle du cuir chevelu, de la nuque, du tronc, des membres était le siège d'un épaississement sclérémateux, très appréciable, qui manquait par places. Sur cette peau malade apparaissaient et disparaissaient des placards rouges et suintants, des papules livides et croûteuses. Des poussées d'érythème avec fièvre se montraient à la face et au cuir chevelu. Des plaques rouges, très saillantes, de consistance mollasse, prurigineuses, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, apparaissaient sur la poitrine, tandis que des placards vineux, nettement purpuriques se montraient par poussées dans le dos.

Puis de temps à autre, apparition de nodules très durs, violacés, enchâssés dans le derme, qui se déplacent d'un point à l'autre. Quelques tumeurs, au cuir chevelu et sur les membres, sont ulcérées. Au niveau des mamelons, il existe deux tumeurs considérables. Ulcérations dans la bouche et sur les lèvres. Les ganglions des aisselles, des aines, de la nuque, des parotides et sous-maxillaires sont très hypertrophiés. Les cheveux et poils tombent totalement. Les viscères sont normaux. Puis le malade maigrit et meurt. L'examen du sang pendant la vie avait fait constater une leucocythose, une diminution des globules rouges. L'inoculation aux animaux n'avait rien donné. L'examen de la peau a révélé une dilatation considérable des capillaires, une infiltration du derme par des cellules rondes, l'hypertrophie des papilles. L'épiderme est lésé. A l'autopsie, la rate a été trouvée normale. La lymphodermie pernicieuse de Kaposi n'est sans doute qu'une lymphadénie, destinée à moins d'une terminaison prématurée à présenter plus tard des tumeurs.

THIROLOIX.

Zur Frage über die Ætiologie des Scleroderma (Étiologie de la sclérodermie, par **ERBEN** (*Viertel. f. Derm. und Syph.*, *Heft* 5, 1888).

L'auteur combat en, s'appuyant sur ses observations, la théorie nerveuse de la sclérodermie :

La première observation concerne une femme âgée de 52 ans souffrant de douleurs dans les jambes avec sclérodermie de la peau de la poitrine et des jambes ; en outre, stries sclérodermiques presque symétriques à la nuque ; à la partie interne des cuisses. L'auteur ne constate chez cette malade aucun trouble nerveux ; les reflexes musculaires sont seulement un peu exagérés. La sensibilité est à peu près normale dans tous ses modes. Pas de troubles des sécrétions de la peau. Abaissement de la température dans les parties indurées ; diminution de la conductibilité électrique dans ces mêmes parties.

La seconde observation concerne une jeune femme de 18 ans. La sclérodermie a débuté par une plaque indurée de la cuisse gauche : depuis un an l'induration a gagné le genou du même côté, sauf à la face postérieure. Pas de troubles de la sensibilité dans tous ses muscles ; tonus musculaire normal ; réflexes tendineux normaux ; pas d'atrophie musculaire ou osseuse. Au point malade, la température est abaissée d'un demi-degré, et il y a diminution de la résistance à la conductibilité électrique.

L'auteur, passant en revue les divers arguments, conclut qu'aucun d'eux ne démontre la théorie nerveuse de la sclérodermie. F. BALZER.

Tuberculose de la peau inoculée par tatouage, par TOURNIER (*Lyon méd.*, *p.* 272, 23 *juin* 1889).

Jeune homme de 23 ans. Père atteint de bronchite. Syphilis à l'âge de 20 ans ; bronchite, hémoptysie.

En 1887 se fait tatouer. L'opérateur délaya l'encre de Chine avec la salive du patient. Quinze jours après, sur une des parties tatouées, au doigt, vésicules suivies d'une ulcération rebelle qui se présente encore, au bout de deux ans, sous forme d'une surface verruqueuse, composée de croûtes jaunâtres, recouvrant une surface rouge vineux. A l'avant-bras, petit abcès, résultat d'une gomme. Signes peu marqués du côté des poumons; insuccès du traitement syphilitique; aggravation de l'état pulmonaire, hémoptysies, bacilles dans les crachats. A. C.

Ueber das Ulerythema ophryogènes (Sur l'ulérythème ophryogène), par **TAENZER** (*Monatsh., f. prakt. Dermatologie*, VIII, n° 5, *mars* 1889).

L'auteur a eu l'occasion, dans ces trois dernières années, d'observer six cas d'une maladie pilaire qui, à sa connaissance, n'a pas encore été décrite. Elle commence dans la première enfance par une rougeur de la peau des sourcils et s'étend ensuite sur quelques-unes des parties voisines, particulièrement la face et le cuir chevelu, plus rarement sur les bras. Semblable primitivement à un lichen pilaire reposant sur un fond rouge, la maladie aboutit, soit en quelques points, soit dans toutes les parties envahies, à une inflammation plus intense, mais toujours superficielle ; celle-ci a pour conséquences un retard dans l'éruption des poils qui sont plus épars, et parfois aussi des folliculites non suppuratives ; les parties qui les entourent s'affaissent lentement sous l'influence d'un processus atrophique ; dans un cas, il en est résulté une alopécie totale avec atrophie du cuir chevelu aussi prononcée que dans les cas de favus

les plus invétérés. Le plus souvent, l'affection reste au premier ou au second degré.

On peut distinguer une forme bénigne et une forme grave de cette maladie. La forme bénigne s'étend de la partie externe des sourcils jusqu'à l'oreille, gagne la partie latérale du cou et se termine à la face dorsale des bras. Elle commence constamment par une hyperkératose avec érythème; les follicules sont oblitérés par l'agglomération d'épiderme; la sortie des poils est retardée; on a sous les yeux l'aspect d'une hyperkératose pilaire d'un caractère particulier avec érythème. Dans les cas graves, les parties internes des sourcils, la lèvre supérieure, d'autres parties du visage, tout le cuir chevelu et les faces dorsales des extrémités supérieures sont intéressés à divers degrés. La gravité de l'affection se révèle surtout par le développement des cicatrices ; dans les cas bénins, celles-ci restent très circonscrites ; on les voit se produire d'abord dans les parties qui séparent les poils ; elles forment ainsi à la lèvre supérieure et au front un fin réseau linéaire, tandis qu'au cuir chevelu elles amènent le développement d'anneaux dénudés qui limitent et réduisent progressivement les cercles pourvus de cheveux, pour aboutir définitivement à une alopécie totale.

L'affection est généralement indolente ; souvent il se produit des follicules suppuratives; elles sont le plus habituellement provoquées par l'application de topiques irritants.

Le nom d'ulérythème : de οὐλη cicatrice et ερυθημα rougeur, que l'auteur applique à cette affection, a été employé par Unna pour désigner les états morbides dans lesquels on observe de l'érythème et des cicatrices : tels sont le lupus érythémateux et des affections acnéiformes et sycosiformes non encore décrites (ulérythème acnéiforme et sycosiforme). Les favus et peut-être aussi l'acné varioliforme des Viennois en sont très voisins.

H. HALLOPEAU.

Ueber Xanthoma multiplex planum, tuberosum mollusciforme, par G. LEHZEN et K. KNAUSS (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVI, Heft* 1).

Il s'agit de deux sœurs, l'une de 13 ans, l'autre de 9 ans, dont les diverses parties du corps présentaient les signes du xanthoma multiplex : sur les paupières, par exemple, on voyait des taches de teinte jaune citron (X. planum); sur les fesses, des nodosités (X. tuberosum); sur le pied et les mains, de véritables tumeurs (X. en tumeurs). L'aînée des deux sœurs était atteinte d'une insuffisance mitrale due probablement à un xanthome de l'endocarde.

Lehzen et Knauss ont pu constater, à l'autopsie de l'aînée, morte au bout de quelques mois, à la suite de l'affection cardiaque, que les divers vaisseaux présentaient des lésions de la tunique interne, analogues à celles de la peau et que la valvule mitrale était recouverte de quatre plaques jaunes, grosses comme des lentilles.

L'examen histologique, pratiqué sur les portions extirpées soit sur le vivant soit après la mort, établit que le derme est épaissi du double au moins au niveau des néoplasmes, que les endroits malades sont formés par des foyers de cellules à corps cellulaire très volumineux, entre lesquelles se trouve un réseau de fibres conjonctives. Sur la limite des néoplasmes se trouvent les éléments cellulaires de passage, fusiformes, qui sont considérés comme les cellules-mères de la tumeur, dérivant elles-mêmes des cellules endothéliales des espaces lymphatiques. Des troubles semblables existent sur les muqueuses buccale, respiratoire, etc. Dans le système circulatoire, l'en-

docarde et la tunique interne sont le siège de lésions analogues à celles du derme : les cellules endothéliales y auraient été le point de départ de la néoformation, tandis que le réseau conjonctif sous-jacent en aurait formé la trame. ED. RETTERER.

Ueber einen Fall von sogenannten Xanthoma diabeticorum (Sur un cas de l'affection appelée « xanthome des diabétiques »), par **John CAVAFY** (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, *février* 1889).

L'auteur, d'accord avec Barlow (Voy. *R. S. M.*, XXXIII, 570), sépare cette affection rare et remarquable du xanthome. Elle lui paraît être de nature inflammatoire, et la dénomination de lichen diabeticus lui conviendrait. H. HALLOPEAU.

Xanthome glycosurique intermittent, par E. BESNIER (*Annales de derm. et de syphilig.*, *n°* 5, 1889).

Homme de 42 ans, vigoureux, obèse, hémorrhoïdaire, non alcoolique, ayant eu une *colique hépatique*, glycosurique depuis de longues années, a depuis six ans, chaque année, une éruption qui débute vers le mois de juillet pour disparaître progressivement au mois de novembre sans laisser trace de son passage. L'éruption généralisée, symétrique, est composée de papules jaune-rougeâtre, isolées ou réunies en placards aux coudes, aux dos des poignets, en arrière des aisselles, aux genoux. Quelques éléments composites ou ponctués sont disséminés sur les membres supérieurs, la région lombaire, les fesses. Le visage, le tronc, la muqueuse buccale, le cuir chevelu, les organes génitaux sont indemnes.

Cette éruption est accompagnée de brûlure, de phénomènes douloureux. Pas de prurit. Taches d'érythrasma sous les aisselles et aux plis inguino-scrotaux. Les particularités importantes de ce cas sont l'intermittence, l'évolution par poussées, la disparition complète du xanthome, l'intégrité de la face. THIROLOIX.

Contribution à l'étude de la dysidrose, par BONNET (*Thèse de Paris*, 1889).

L'auteur donne une monographie assez complète, avec observations nouvelles, de la dysidrose. Il insiste notamment, avec Besnier, sur la transformation facile de cette affection en eczéma, lorsque la peau vient à être irritée accidentellement ou par un traitement mal dirigé. Toutefois, il ne faudrait pas la considérer comme une forme atténuée de l'eczéma. Sa pathogénie est encore controversée. F. BALZER.

Essai historique sur la suette miliaire, par CADET (*Thèse de Paris*, 1889).

Ce travail donne un résumé historique des épidémies de suette. Dans un chapitre consacré à l'étiologie, l'auteur combat la doctrine qui fait de la suette une manifestation malarique. La suette est produite par une intoxication spéciale ; mais sa mobilité, son évolution sans aucun changement dans la constitution du sol, la multiplicité des épidémies alors que la malaria diminue avec les progrès de l'hygiène, sa guérison non suivie de fièvres d'accès, tels sont les principaux arguments qui combattent l'opinion qui rattache la suette à l'infection paludéenne.

F. BALZER.

Raro esito nella elefantiasi vulvare (Terminaison rare dans l'éléphantiasis de la vulve), par PESCIONE (*Bolletino delle Cliniche*, 1889).

Femme âgée de 28 ans, affectée d'un énorme éléphantiasis de la grande lèvre droite qui descendait jusqu'au milieu de la cuisse. Elle devait être opérée lorsqu'apparurent des taches bleuâtres, et bientôt se développa une nécrose complète de la masse éléphantiasique qui se détacha d'une manière régulière. Elle pesait 1892 grammes. La partie non altérée était constituée par une masse de tissu conjonctif, avec des kystes à contenu séreux, opalin. L'auteur attribue la gangrène de cette masse à une thrombose ayant oblitéré un gros tronc artériel de la grande lèvre. F. BALZER.

Di una forma rara di tricofitiasis, par MAZZA (*Giorn. ital. delle mal. vener., juin* 1889).

L'auteur raconte un certain nombre de faits qui montrent que la tricophytie peut se compliquer de pseudo-pelade. Une inflammation modérée favorise, dans ces cas, la guérison de la maladie parasitaire; elle active la prolifération des éléments des tissus, et en même temps leur chute et l'élimination du parasite. Une inflammation intense a, au contraire, des conséquences fâcheuses. L'épilation reste encore le meilleur moyen de traitement, jointe à la désinfection qui doit l'accompagner nécessairement. La cataphorèse électrique, à laquelle ont eu recours Reynolds et d'autres auteurs, pour faciliter la pénétration dans la peau de divers médicaments, a été employée par l'auteur. Il s'est servi du sublimé en solution à 1 0/0. Mais les résultats ne lui ont pas paru meilleurs qu'avec les autres méthodes. La persistance de la maladie dans ces cas est en raison inverse des phénomènes objectifs et subjectifs qui s'observent communément dans les autres formes de tricophytie; le diagnostic exige donc un examen minutieux du cuir chevelu à la loupe et avec le microscope. F. BALZER.

Nouvelle forme de sycosis bacillogène, par TOMMASOLI (*Giorn. ital. delle mal. vener., juin* 1889).

Dans un cas de sycosis, peu différent cliniquement des formes habituelles, l'auteur a trouvé un bacille qu'il considère comme spécial à cette variété de sycosis. Il lui donne le nom de bacille sycosifère fétide. Il existerait donc une forme de sycosis bacillogène à la suite des formes hyphogène et coccogène décrites déjà par Unna. Elle se reproche surtout de la forme coccogène, mais elle diffère cependant par plusieurs traits cliniques, et mérite d'être classée à part. F. BALZER.

Ueber den Favuspilz, par ELSENBERG (*Arch. f. Dermat. u. Syphil., Heft* 2, 1889).

Elsenberg rappelle l'opinion et les expériences de plusieurs auteurs, Quincke, Pick, Verujski sur le mycélium du favus et les différentes formes de ce mycélium. Il résulte de ses recherches, faites à l'aide de divers milieux de culture, bouillon, pommes de terre, agar-agar, que l'on peut distinguer deux variétés de mycélium correspondant aux formes β et γ de Quincke. Il ne croit pas cependant que l'on puisse établir entre ces diverses variétés des différences bien tranchées. Leur structure microscopique est identique; leur mode de reproduction sur le bouillon, la

gélatine, le sérum est absolument semblable; on les rencontre toujours ensemble. Aussi Elsenberg conclut-il à l'existence d'un mycélium unique pour le favus. F. BALZER.

Mycosis fongoïde, par M. BRACHET (*Ann. de derm. et de syphilig.*, n° 6, 1889).

Un malade de 67 ans dont l'affection remonte à l'année 1882, a présenté une série de lésions cutanées remarquables qui ont évolué sous forme de poussées. D'abord il eut un assez grand nombre de nodosités dermiques et sous-cutanées qui purent faire penser à une sarcomatose cutanée, à des gommes syphilitiques. Malgré l'absence d'éruptions eczématiformes ou lichénoïdes antérieures, le diagnostic adopté fut mycosis fongoïde. Plus tard, en effet, on observa des tumeurs fongoïdes typiques, et en 1888, après avoir présenté un écoulement uréthral abondant, le malade eut une détermination testiculaire (panorchite) aiguë, qui offrit le tableau de l'orchite blennorragique. Le malade ne s'étant exposé à aucune contagion vénérienne, n'ayant jamais eu d'uréthrite, on rattacha la lésion testiculaire dont l'évolution eut une allure très lente à une altération mycosique. THIROLOIX.

Personal observations of leprosy in Mexico and the Sandwich Island, par Prince-A. MORROW (*New-York Acad. of med.*, 6 *juin* 1889).

Morrow, après avoir retracé l'historique de la diffusion de la lèpre, montre que les cas deviennent de plus en plus nombreux en Amérique.

Blanc en signalait l'année dernière 42 cas à la Nouvelle-Orléans. L'enquête que Morrow a faite personnellement à Mexico et aux îles Sandwich témoigne d'une augmentation considérable du chiffre des lépreux et d'un danger pour les États-Unis.

La lèpre est, pour tous les dermatologistes américains, de nature contagieuse ; Morrow rappelle le cas du père Damien (mort depuis) et l'inoculation directe pratiquée à un condamné à mort par Arning en 1884. Les photographies de ces deux malades ne laissent pas de doutes sur la nature des lésions. Jamais la lèpre ne survient spontanément ; Morrow ne croit pas à la transmissibilité par l'eau, les aliments ; elle se fait surtout par les rapports sexuels ou par l'inoculation directe sur de petites plaies (morsures, piqûres d'insectes, etc.). Il n'admet pas l'hérédité.

En tenant compte de la progression rapide aux îles Sandwich, Morrow estime qu'il y a des mesures à prendre par le gouvernement au point de vue prophylactique.

La discussion, soulevée à l'Académie par Morrow, montre que la lèpre est plus fréquente en Amérique que jadis. Allin (*voy. R. S. M.*, XXXII, 574), Piffard, il y a dix ans déjà, avaient signalé le danger.

Duncan Bulkley croit à la possibilité de la contagion par l'eau, le sol. Morrow dit que la forme anesthésique prédomine aux Indes et à Mexico et celle-ci, à son avis, ne semble pas contagieuse, au moins au même degré que la forme tuberculeuse. A. C.

Éruptions iodoformiques, par MEUNIER (*Thèse de Paris*, 1887).

Les éruptions iodoformiques sont par ordre de fréquence : 1° l'érythème sous toutes ses formes : simple, papuleux, vésiculeux, bulleux; 2° l'eczéma; 3° le purpura. Les éruptions se montrent surtout dans les intoxications légères ou moyennes. Un seul cas a été suivi de mort.

Les prédispositions à l'eczéma, le rhumatisme, favorisent l'apparition des éruptions. L'absorption de l'iodoforme par la voie cutanée ou pulmonaire les cause plus souvent que la pénétration par la voie intestinale. Dans la moitié des cas, l'exanthème apparaît au bout de quelques heures. C'est un caractère distinctif des autres éruptions médicamenteuses qui sont beaucoup plus tardives. Certains eczémas persistants sont dus à l'usage journalier de l'iodoforme en tampons, suppositoires, etc. Les plaies fraîches l'absorbent avec une grande intensité. F. BALZER.

Des manifestations précoces de la syphilis congénitale étudiées spécialement au point de vue du diagnostic, par SEVESTRE (*Progrès médical, décembre* 1888, *janvier-février* 1889).

Sevestre consacre d'abord quelques lignes à l'étude de la syphilis fœtale. Le plus souvent les avortements ont lieu vers le 7e mois, mais l'apparence du fœtus ne présente en général rien de caractéristique; non plus que l'examen des organes.

Puis il étudie les signes de la syphilis existant au moment de la naissance ; ces manifestations vraiment congénitales sont exceptionnelles; la seule relativement fréquente est la syphilide bulleuse ou pemphigus syphilitique ; l'éruption est caractérisée par des bulles dont le diamètre varie de 2 à 15 millimètres, et qui siègent toujours, sinon exclusivement à la paume des mains et à la plante des pieds : les bulles sont en général isolées, quelquefois cohérentes : la peau voisine est violacée; souvent les bulles sont crevées et l'épiderme laisse à nu des ulcérations en général superficielles. Le pemphigus simple ne paraît guère avant le 15e jour, et occupe spécialement le thorax et le cou.

Le facies syphilitique de petits vieillards est loin d'être fréquent, et souvent les enfants en puissance de syphilis sont d'aspect sain et vigoureux. Quand l'enfant paraît sain au moment de sa naissance, les signes de la syphilis, en dehors du pemphigus, ne paraissent guère avant 15 jours et peuvent tarder jusqu'à jusqu'à 6 mois.

L'ordre d'apparition des accidents n'a rien de fixe. Sevestre admet l'existence de la roséole, sans en donner de preuves concluantes; il la distingue de la syphilide maculeuse, qui se fait par poussées successives de taches variant du rouge violacé au rose pâle; elles siègent de préférence sur les fesses et les cuisses; l'éruption se développe en un septenaire, dure plusieurs semaines et souvent devient papuleuse. La syphilis papuleuse, plus tardive, présente un épaississement constant de la peau; elle consiste en plaques circulaires, saillantes, en général violacées ou rouge sombre, à surface recouverte d'écailles furfuracées ou lisse, luisante et alors entourée d'une collerette blanche, circulaire de 1 à 2 millimètres de large. L'éruption affecte surtout les cuisses et les genoux; au menton elles sont souvent jaune abricot. Sous l'influence de l'irritation (frottement, humidité, etc.), les plaques peuvent devenir plaques muqueuses, deviennent plus saillantes, et leur surface est grise, humide, suintante; elles se produisent de préférence à la face au voisinage des orifices, commissures des lèvres, narines, paupières; elles sont souvent couvertes de croûtes jaunâtres ou brunâtres. Sevestre signale aussi le pli qui sépare le crâne du pavillon de l'oreille, surtout dans l'extrémité

antéro-supérieure; elles peuvent aussi occuper les plis du cou, l'aisselle, l'ombilic, l'anus et la vulve.

Sevestre discute la valeur de l'érythème squameux, psoriasiforme, mais ne croit pas qu'il s'agisse d'une affection syphilitique. Il accepte au contraire avec Parrot l'existence, la fréquence des syphilides gommeuses. Les gommes de la peau se présentent sous forme de petites masses du volume d'un grain de millet, ou d'un noyau de cerise, d'abord mobiles sous le tégument, puis adhérentes; violacées, ramollies, elles se vident par une fente ou un trou circulaire. Elles siègent surtout aux fesses, cuisses et jambes. Sevestre en a vu souvent sur le tronc et le cuir chevelu, quelquefois aux mains.

Chez l'enfant il n'y a pas de syphilide ulcéreuse vraie; les ulcérations sont consécutives à une des éruptions précédentes. Sevestre rejette du cadre de la syphilis infantile l'ecthyma, l'acné et l'impétigo syphilitique. Ce ne sont que des syphiloïdes, et l'érythème papuleux des fesses décrit par Parrot sous le nom de syphilide lenticulaire. Il rejette également l'onyxis sec et le périonyxis ulcéreux. L'alopécie ne relève de la syphilis qu'en tant qu'elle agit comme cause de dénutrition, mais non comme cause spécifique. Les adénopathies sont très rares, et les pléiades inguinales sont le plus souvent liées à la tuberculose.

Les lésions de la muqueuse buccale ont une influence capitale, spécialement au point de vue de la contagion. Elles se présentent sous la forme de fissures : ce sont les plus fréquentes, et sont médianes, c'est-à-dire des deux côtés du lobule médian de la lèvre supérieure, ou au milieu de la lèvre inférieure; les premières ont une valeur diagnostique beaucoup plus grande que l'autre, elles peuvent être dispersées, et sont un signe positif, ou commissurales; celles-ci sont de vraies plaques muqueuses; on peut trouver aussi des érosions; celles-ci ne sont jamais isolées et accompagnent les fissures. Sevestre admet, comme Parrot, l'extrême rareté des plaques muqueuses de la bouche et du pharynx; les moins rares sont celles de la langue sur le dos, près de la pointe. Quant à la syphilide desquamative de la langue, il l'élimine sans hésiter du cadre de la syphilis.

Le coryza est l'un des symptômes les plus constants et les plus précoces de la syphilis héréditaire; il donne lieu à une sécrétion séreuse, puis sanieuse, qui excorie la peau et l'ulcère; il est très tenace; mais il ne porte que sur la muqueuse, et les lésions du périoste ou des os du nez sont extrêmement rares; de même sont très rares les altérations des organes des sens. Quant aux lésions des viscères, elles ne donnent pas lieu en général à des symptômes précis, et l'autopsie est seule à révéler leur existence; l'hypertrophie du testicule est relativement fréquente. Sevestre signale enfin rapidement les lésions osseuses si bien étudiées par Parrot, les fractures juxta-épiphysaires avec signes de pseudo-paralysie, la dactylite, le crâniotabes, les ostéophytes qui donnent lieu au crâne natiforme; il combat l'opinion exclusive de Parrot au point de vue des relations du rachitisme et de la syphilis. Les lésions des muscles sont mal connues.

Sevestre insiste en terminant sur l'irrégularité dans l'époque d'apparition des manifestations de la syphilis héréditaire; l'enfant peut avoir tout ensemble des éruptions de la peau superficielles et des lésions profondes

des os. Sur la peau même les gommes peuvent précéder la syphilide maculeuse. Le siège des éruptions est un symptôme capital, siège variant pour chaque espèce. Elles ont en général une coloration violacée, qui plus tard devient jaunâtre, feuille morte. Quand les enfants portent une éruption, l'attention est facilement éveillée; mais chez des enfants qui paraissent sains, il peut se faire d'un jour à l'autre des fissures aux lèvres, susceptibles de contaminer une nourrice qui aurait des gerçures au sein ; aussi l'examen de la peau de tout le corps, et surtout des divers orifices, doit-il être fait très minutieusement. Si le diagnostic reste en suspens, il faut naturellement s'abstenir de faire nourrir l'enfant. H. L.

On unusual methods of acquiring syphilis, with reports of cases, par L. Duncan BULKLEY (*Med. News*, 2 *mars* 1889).

Bulkley a eu l'occasion d'observer 66 cas de chancre extra-génitaux, se décomposant ainsi : chancre des lèvres, 31 ; du doigt, 7 ; du sein, 6 ; de l'amygdale, 5; de la langue, 5 ; de la joue, 3 ; du menton, 2; de la paupière,2 ; du nez, 1 ; de l'oreille, 1; de la main, 1 ; de l'avant-bras, 1; de la région sacrée, 1.

Il divise les cas d'infection non vénérienne syphilitique en :

1° Syphilis économique: transmission par les rapports domestiques, les travaux industriels.

2° Syphilis bréphotrophique : transmission par les ou aux enfants, par les nourices ou les gouvernantes.

3° Syphilis technique : transmissions variées dans les soins médicaux, chirurgicaux et autres contagions de ce genre. A. C.

La syphilis cause d'avortement, par LE GRAND (*Thèse de Paris*, 1889).

L'avortement, dans la syphilis, a pour cause des lésions du fœtus ou de ses annexes. Il a lieu ordinairement vers le septième mois. Le père étant seul syphilitique peut transmettre la syphilis au fœtus, d'autant plus que sa syphilis est plus récente au moment de la conception. La mère peut avoir un enfant syphilitique tout en restant indemne. Le père et la mère étant syphilitiques, l'enfant échappe rarement à la contamination. La mère syphilitique avant la grossesse a d'autant plus de chances de mettre au monde un enfant sain que la syphilis est plus ancienne. Plus la syphilis se rapproche du terme de la grossesse, plus l'enfant a de chances d'échapper à l'infection. L'auteur publie un certain nombre d'observations recueillies dans le service de Porak et qui démontrent l'heureuse influence du traitement institué dès le début de la grossesse. F. BALZER.

Contribution à l'étude des vergetures arrondies ou macules atrophiques consécutives aux éruptions papuleuses syphilitiques et non syphilitiques, par BALZER et REBLAUB (*Ann. de derm.*, *juillet* 1889).

Femme âgée de 24 ans, atteinte de syphilis en novembre 1886, présente au moment de son entrée à l'hôpital, en octobre 1888, divers éléments éruptifs, les uns papuleux et rouges, d'autres en voie de régression et de disparition, mais laissant à leur place une dépression rouge et violacée, ordinairement plissée. Ces lésions furent d'abord attribuées à la syphilis ; mais deux jours

après son entrée, la malade présente aux membres inférieurs un érythème noueux très net.

Le lendemain et les jours suivants, apparition d'un érythème papuleux sur les bras et le tronc ; les endroits déprimés sont devenus saillants et papuleux de nouveau. Les papules ortiées nombreuses sont mélangées aux papules franchement érythémateuses. Pendant ces poussées la malade est dermographique. Lorsqu'elles sont apaisées, le dermographisme et la turgescence de la peau diminuent, et l'on constate que de nouvelles dépressions en cupule sont développées. Pendant les trois mois que la malade passe à Lourcine, la série des phénomènes éruptifs se reproduit plusieurs fois. La plupart des papules disparaissent sans laisser de traces, mais un certain nombre sont suivies de stigmates vergeturoïdes. La papule laisse d'abord une tache violacée, qui se plisse et se déprime ; le doigt constate l'existence d'une cupule à bords plus ou moins nets. La lésion en vieillissant prend l'aspect d'une vergeture arrondie. Les auteurs admettent que cette lésion est produite par une véritable dissociation de la trame conjonctivo-élastique du derme par l'exsudation qui accompagne la fluxion érythémateuse.

Les phénomènes de dermographisme, et surtout le retour de la fluxion dans les cupules anciennes, prouvent nettement le rôle de ces poussées congestives et exsudatives. C'est pour rappeler cette pathogénie que les auteurs intitulent cette observation érythème polymorphe dissociant.

Des observations analogues ont été recueillies après les éruptions papuleuses syphilitiques par Nivet et Balzer. Les auteurs en signalent encore deux nouveaux cas. En dehors de la syphilis, il faut rappeler les observations publiées par Liveing et par Celso Pellizzari (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, IV, 1884). Cette dernière observation concerne un cas d'érythème ortié atrophiant qui présente évidemment de grandes analogies avec le fait publié ci-dessus. BALZER.

Du pseudo-rachitis syphilitique, par MENEAULT (*Thèse de Paris*, 1889).

La syphilis donne lieu parfois à un ensemble de lésions du système osseux qui en imposent pour le rachitisme et qu'il convient de désigner sous le nom de pseudo-rachitis syphilitique. Le tibia en lame de sabre, les bosselures périostiques et osseuses des membres, les déformations de la poitrine et de la tête éveillent fréquemment l'idée du rachitisme, que l'étude approfondie des lésions osseuses fait rejeter. Le pseudo-rachitisme est plus grave que le rachitisme vrai, en raison de sa durée et de la suppuration. Il est justiciable du traitement spécifique qui, comme dans tous les cas de syphilis invétérée, ne donne pas toujours des résultats curatifs parfaits. F. BALZER.

Sur une lésion des cartilages de l'oreille dans la syphilis secondaire, par JULLIEN (*Annales de derm., février* 1889).

Il s'agit d'un processus de chondrite et de périchondrite résolutives survenu chez un homme au quatrième mois de la syphilis et occupant la cavité de l'hélix, l'anthélix et la fossette de l'anthélix. Dans toute cette étendue existait une saillie uniforme, vaguement lobulée, rouge, indolore, et molle. Cette lésion disparut sous l'influence du traitement, mais en laissant après elle une masse noueuse, à la surface de laquelle la peau est lisse, adhérente, indurée. Il semble donc que tous les tissus de la région ont été intéressés, derme, périchondre et cartilage, et plus spécia-

lement peut-être le riche réseau lymphatique de l'oreille. Ces lésions des cartilages de l'oreille doivent être rapprochées de celles des cartilages costaux, du sternum et du larynx. Il s'agissait dans le cas de Jullien d'une syphilis particulièrement rebelle au traitement spécifique.

F. BALZER.

Des myélites syphilitiques précoces, par BRETEAU (*Thèse de Paris*, 1889).

La myélite syphilitique peut se déclarer à une époque très rapprochée de l'infection primitive (depuis le neuvième mois jusqu'à deux ans, d'après les observations de l'auteur). La myélite syphilitique précoce a une forme rapide et une forme lente. La forme rapide est d'un pronostic très grave, et les observations publiées jusqu'ici montrent que les traitements même énergiques ont été inefficaces. L'anatomie pathologique montre que le système vasculaire est intéressé primitivement dans cette myélite à marche rapide. F. BALZER.

Syphilis secondaire du foie, par MAURIAC (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, *septembre* 1888).

Les causes qui président aux déterminations précoces de la syphilis sur le foie sont complètement inconnues.

L'absence d'autopsie d'hépatosyphilose précoce doit nous rendre très réservés sur la nature des lésions. Toutefois il paraît probable à Mauriac que l'hypertrophie du foie qui caractérise l'hépatosyphilose précoce résulte d'une diapédèse de globules blancs et d'une prolifération d'éléments embryonnaires dans le tissu conjonctif de l'organe, et non pas d'un simple état congestif.

Au point de vue clinique, l'hypertrophie du foie constitue le symptôme capital. Habituellement, elle s'accompagne de douleur et d'ictère.

En cas d'ictère, il y a souvent obstacle au cours de la bile et résorption de ce liquide, car les selles sont décolorées et les urines donnent la réaction du pigment biliaire.

Les coïncidences spécifiques sont très nombreuses et consistent en éruptions secondaires, troubles constitutionnels prodromiques, etc., etc.

Le processus débute par la tuméfaction du foie. Puis viennent l'ictère et la douleur.

Les ictères graves observés pendant la période secondaire ne dépendent pas de la syphilis. Il s'agit d'une simple coïncidence. RICHARDIÈRE.

De la syphilis de l'intestin, par HAYEM et TISSIER (*Revue de méd., avril* 1889).

Ce mémoire est basé sur l'observation d'une femme entrée dans le service de Hayem avec tous les signes d'une affection typhoïde fébrile; cette malade présentait en outre sur toute la surface du corps une éruption typique de syphilides papulo-squameuses en placards d'étendue variable, ou isolées, arrondies, là confluentes. Malgré le traitement antisyphilitique qui lui fut prescrit, la diarrhée, le délire, l'état typhoïde allèrent en augmentant, et la malade mourut cinq ou six jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva dans le cæcum plusieurs ulcérations de formes et de dimensions différentes. La plus grande, dans son plus grand diamètre oblique par rapport à l'axe du cæcum, mesurait environ 15 millimètres sur

5 millimètres de largeur. Le contour de ces ulcérations était irrégulier; néanmoins la forme générale des petites était à peu près circulaire.

Les bords, déchiquetés par places, étaient évasés ou légèrement enroulés vers le fond de l'ulcération. Sur les grandes, ils étaient souples, mais ils présentaient une induration notable au niveau des petites. Le fond était blanchâtre et rempli d'une matière puriforme qui se laissait enlever par le lavage; on voyait alors à nu les fibres musculaires.

Ces ulcérations étaient entourées d'une aréole rouge un peu tuméfiée, vivement injectée. On retrouvait cette injection au niveau des ulcérations jusque sur la face péritonéale du cæcum. Au-dessus du cæcum, à la limite du colon ascendant, existaient deux érosions superficielles transversales assez longues mais étroites, à bords plats et à fond granuleux; sur le colon ascendant, on voyait, en certains points, la muqueuse plissée et plusieurs cicatrices transversales d'anciennes ulcérations. Dans le colon transverse existaient deux ulcérations peu profondes, à peu près circulaires, à fond granuleux, à bords indurés, d'environ un centimètre de diamètre.

Les auteurs, après avoir fait l'historique de la syphilis de l'intestin et rappelé les principales observations plus ou moins authentiques publiées antérieurement, discutent la nature des ulcérations qu'ils ont constatées dans l'intestin de cette femme, et par exclusion arrivent à conclure qu'il s'agit là de manifestations syphilitiques.

Ils pensent donc qu'à côté de la typhose syphilitique essentielle d'Alfred Fournier il existe une typhose syphilitique symptomatique de lésions ulcéreuses de l'intestin, typhose appartenant à un stade plus éloigné de l'accident initial, dont le pronostic est aussi plus sombre, puisque la mort peut en être le dénouement. C. GIRAUDEAU.

Contribution à l'étude de la pachyvaginalite hémorragique, d'origine syphilitique, par OZENNE (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 30 *mars* 1888).

L'observation publiée par Ozenne vient à l'appui de la doctrine soutenue par Reclus, à savoir que les irritations simples de la vaginale ne suffisent pas à expliquer la production des hématocèles. Presque toujours ces hématocèles sont sous la dépendance d'une altération du testicule.

Il s'agit d'une pachyvaginalite hémorragique survenue sans cause appréciable chez un sujet syphilitique atteint de syphilome testiculaire. L'épanchement qui s'était reproduit après ponction diminua sous l'influence d'un traitement par le sirop de Gibert. RICHARDIÈRE.

De la virulence primitive ou non du bubon chancrelleux, par J.-A. BONAIN (*Thèse de Bordeaux*, n° 42, 1887-1888).

Sur 28 expériences, l'auteur n'a vu que trois fois la plaie d'ouverture du bubon devenir chancreuse, et sur ces trois cas, deux sont imputables aux malades qui ont avoué avoir eux-mêmes infecté leurs plaies pour prolonger leur séjour à l'hôpital. Il n'admet comme preuve de la virulence du bubon que la transformation chancreuse du bubon. L'inoculation de pus quelconque peut donner naissance à des ulcérations inoculables en série qui peuvent être prises pour des chancres d'inoculation.

Le bubon est donc presque toujours une adénite simple que le siège du chancre et la nature des lésions qu'il détermine suffisent à expliquer.

En effet, on ne l'observe guère que dans le chancre des organes génitaux et des doigts ; il manque dans les chancres d'inoculation du bras à cause du pansement mieux soigné et de l'absence d'irritation mécanique ; il manque également dans le chancre du col utérin à cause de la température élevée des parties profondes du corps. Aubert a montré que le virus chancreux se développe peu ou pas à la température de 37° à 38°. DUBREUILH.

I. — Les associations microbiennes de l'urètre, par LEGRAIN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mars* 1889).

II. — Contribution à la diagnose du gonococcus, par E. LEGRAIN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., août* 1888).

I. — L'épithélium de la muqueuse urétrale, comme celui de toutes les muqueuses en contact avec l'air, est le siège de nombreux microbes qui y vivent en saprophytes, aussi bien à l'état sain qu'à l'état pathologique. Legrain en décrit une dizaine, qui se distinguent surtout par les différentes colorations que revêtent leurs cultures : il décrit également les espèces bacillaires qu'il a pu cultiver, en nombre moins grand que les microcoques précédents, et qu'il désigne par les n°s 1, 2 et 3. Toutes ces cultures, portées dans un urètre sain ou injectées sous la peau, n'ont jamais donné lieu à aucun phénomène morbide.

Reprenant ensuite l'histoire anatomo-physiologique du gonocoque, l'auteur montre que l'association de trois caractères est nécessaire pour différencier le microcoque de la blennorragie des autres microbes urétraux, à savoir : 1° sa forme en diplocoques ; 2° sa disposition en amas assez considérables dans le plasma des leucocytes; 3° sa décoloration par la méthode de Gram.

Aussi Legrain croit-il que ce ne sont pas des gonocoques, mais d'autres microbes, qui ont été rencontrés par certains auteurs dans les complications de la blennorragie, à proximité ou à distance de l'urètre infecté (abcès péri-urétraux, bartholinites, adénites, vaginalites, arthrites, accidents cutanés et pyohémiques, etc.).

II. — Dans ce travail, Legrain indique les procédés techniques très précis par lesquels il arrive à affirmer la présence du gonocoque dans un écoulement purulent et à différencier le microbe de la blennorragie des autres organismes inférieurs, très nombreux, qu'on peut rencontrer dans les sécrétions des organes génito-urinaires. (*Micrococcus cereus albus* ou *flavus*, *M. pyogenes aureus*, etc.)

La nature d'un écoulement peut donc être reconnue facilement en opérant sur du pus pris avec certaines précautions au sortir du canal ; mais cette recherche n'aboutit pas à des résultats certains, quand on n'a à sa disposition que des linges souillés par le pus suspect. Cette conclusion, déduite des nombreuses expériences de Legrain, a une importante valeur au point de vue médico-légal. R. JAMIN.

Étude sur la pathogénie des complications de la blennorragie, par DE BROE (*Thèse de Paris*, 1889).

Avant l'invasion du gonocóque, l'urètre contient des microbes pyogènes qui végètent sans pouvoir entamer la muqueuse saine. Le gono-

coque attaque cette muqueuse qui devient un locus minoris resistentiæ, et les microbes pyogènes la pénètrent et peuvent de là se disséminer dans l'organisme. Le rôle provocateur du gonocoque peut être joué par d'autres causes d'irritation, le catéthérisme, par exemple. Le gonocoque ne produit donc pas les complications de la blennorragie ; il enflamme l'urètre et les microbes qui l'accompagnent provoquent les accidents concomitants. F. BALZER.

Des folliculites urétrales blennorragiques chez l'homme, par A. LEFORT (*Thèse de Paris, mars* 1889).

Lefort étudie, dans ce travail, les localisations de la blennorragie dans les follicules de l'urètre, ces lésions ne différant pas, d'ailleurs, des inflammations des glandes en grappe et pouvant s'étendre au delà des acini en donnant lieu à des abcès péri-glandulaires. Produites par la pénétration et le développement du gonocoque dans les glandules, ces folliculites, dans leur période aiguë, confondent leurs symptômes avec ceux de la blennorragie causale ; dans leur phase subaiguë, elles déterminent la formation de nodosités folliculaires, appréciables au toucher, mais plus difficilement perceptibles à la période chronique. Comme conséquences des folliculites urétrales d'origine blennorragique, l'auteur signale les rétrécissements et les abcès juxta-urétraux, lesquels, en s'ouvrant à l'extérieur, créent ainsi des fistules urinaires, ce qui assombrit particulièrement leur pronostic, surtout si l'on tient compte de la longue durée de ces affections et de leur résistance à la thérapeutique. Celle-ci doit être toute locale ; il faut arriver à détruire, à modifier et à cautériser le foyer folliculaire, et Lefort conseille à cet égard l'emploi intra-urétral de l'électrolyse, des vapeurs iodées et des instillations de nitrate d'argent. R. JAMIN.

Su talune complicazioni della balano-postite semplice, par MANNINO (*Giorn. ital. delle mal. vener., juin* 1889).

L'auteur rapporte 24 observations qui montrent que la balano-posthite peut donner lieu à des complications diverses non encore décrites et qui sont les suivantes par ordre de fréquence : 1° les poliadénopathies inguinales indurées et quelquefois suppurées ; 2° des ulcérations de la muqueuse balano-préputiale semblables aux ulcères vénériens ; le meilleur caractère pour les distinguer de ces derniers est leur apparition tardive, seulement au bout de quelques jours de balanite, tandis que l'ulcère vénérien se développe d'emblée ; leur fond est habituellement relevé ; 3° des ulcérations à base indurées simulant les ulcères infectants ; le meilleur signe dans ce cas est fourni par l'inoculation positive seulement dans le cas de balano-posthite simple ; 4° des indurations circonscrites de la muqueuse du prépuce, avec phimosis, simulant le syphilome initial ; il n'existe pas, dans ce cas, de signes d'une réelle valeur pour le diagnostic ; l'expectation s'impose. F. BALZER.

Ecouvillonnage de l'urètre comme traitement abortif de la blennorragie, par J. HUGUET (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mai* 1889).

Se basant sur ce fait que les injections antiseptiques dans la blen

norragie n'atteignent pas les microbes qui ont pénétré et pullulé dans les couches profondes de l'épithélium urétral, Huguet a songé à détruire mécaniquement cet épithélium en pratiquant l'écouvillonnage du canal dans sa partie antérieure : il desquame ainsi la muqueuse et permet immédiatement au liquide antiseptique de pénétrer dans les replis et les cryptes où se sont réfugiés les microbes pathogènes. Après avoir fait dans l'urètre une injection de chlorhydrate de cocaïne au 20e que le malade garde cinq minutes environ, il introduit un écouvillon en crin, semblable à ceux que les fumeurs emploient pour nettoyer les tuyaux de pipe, et correspondant comme calibre à celui d'une sonde n° 11 ou 12 de la filière Charrière. L'instrument ainsi promené plusieurs fois revient chargé de sang et de débris épidermiques, mais ne détermine aucune douleur en raison de l'anesthésie préalable du canal. Puis, on fait de suite une injection tiède antiseptique (solution de sublimé au 10,000e), qu'on renouvelle trois fois par 24 heures pendant quelques jours. Deux malades, que Huguet a traités ainsi à l'hôpital du Midi dans le service de Mauriac, l'un au 5e, l'autre au 4e jour de sa blennorragie, ont guéri sans accidents en 7 et 8 jours. La miction est à peine douloureuse dans les premières heures qui suivent l'opération.

R. JAMIN.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

I. — Inconvénients des chloroformisations pratiquées à la lumière artificielle du gaz, par STOBWASSER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 10, *p.* 219, 11 *mars* 1889).

II à V. — Ist das Chloroformiren bei Gaslicht schädlich, par von ITERSON, FISCHER, A. ZELLER, HARTMANN (*Ibidem*, *n°* 13, *p.* 291 *et* 292, 1er *avril*).

VI. — Ueber Lungenentzündung nach Laparotomien in Folge von Zeretzhung des Chloroforms im Gaslicht (Des pneumonies après laparotomies dues à la décomposition du chloroforme par la flamme du gaz), par ZWEIFEL (*Ibidem*, *n°* 15, *p.* 317, 5 *avril*).

VII. — Accidents pendant une chloroformisation avec association du chloral et de la morphine. Effets de la caféine, par CERNÉ (*Normandie médicale*, 1er *mai* 1889).

I. — En se combinant avec les produits de combustion d'une flamme de gaz, le chloroforme donne lieu à un corps extrêmement irritant pour les voies respiratoires et qui provoque une sensation de raclement dans le larynx et la trachée, une toux extrêmement quinteuse et de la céphalalgie.

Il suffit souvent qu'une opération faite à la lumière du gaz ait duré une demi-heure pour que tous les assistants se mettent à tousser violemment jusqu'à ce qu'ils aient quitté la salle.

II. — Langenbeck avait déjà signalé le danger des opérations prati-

quées au gaz, parce que le chloroforme en se vaporisant donne lieu au chlorure de carbone irrespirable.

Von Iterson a observé chez plusieurs de ses opérés chloroformés des accidents brusques d'asphyxie, alors que l'hiver, sa salle d'opérations n'étant pas suffisamment chauffée, il allumait les becs de gaz pour relever la température; dans un cas même, cette asphyxie a été mortelle.

Il n'a plus eu d'accidents de ce genre depuis qu'il a installé un poêle qui le dispense de recourir à la chaleur du gaz d'éclairage.

III. — Fischer décrit ainsi les accidents : Après la première demi-heure de la chloroformisation, les personnes qui assistent à l'opération sont, les unes après les autres, prises de quintes de toux de plus en plus violentes. Puis la tête devient lourde, douloureuse; on ressent des étourdissements, des nausées. La salle se remplit d'une buée blanchâtre plus intense autour de la lampe à gaz. Une fois à l'air tous les phénomènes se dissipent rapidement, seul l'odorat garde assez longtemps l'impression d'une atmosphère enfumée.

IV. — A. Zeller rapporte un cas où les troubles furent identiques.

V. — Hartmann a noté la même viciation de l'atmosphère, le même nuage avec la flamme de pétrole. La respiration est oppressée, en outre de la toux quinteuse.

VI. — Zweifel a déjà mentionné, dans son traité d'obstétrique, l'action irritante qu'exercent sur les voies aériennes les vapeurs résultant de la décomposition du chloroforme par les lampes à gaz ou à pétrole. Dans ses opérations, même de jour, Zweifel utilise un bec de gaz avec réflecteur pour éclairer les anfractuosités du petit bassin. Sur 9 femmes opérées dans ces conditions, 7 ont présenté consécutivement, soit de la toux, soit des râles, soit une pneumonie catarrhale. Ces accidents ont complètement cessé depuis que Zweifel, sans rien modifier à son éclairage, a remplacé comme anesthésique, malgré le danger d'inflammabilité, le chloroforme par l'éther. J. B.

VII. — Cerné avait fait prendre à un malade atteint de cancer de la langue, une demi-heure avant la chloroformisation, 2 grammes de chloral; puis une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine fut pratiquée. L'anesthésie ne présenta rien d'anormal pendant une heure et demie ; mais à la fin de l'opération la respiration devint lente et irrégulière, le pouls petit, et la pupille se contracta. En présence de ces accidents, qui ne disparaissaient pas par la respiration artificielle, Cerné songea qu'il pouvait s'agir d'intoxication par la morphine, et il administra la caféine en injection hypodermique : une demi-heure après, les accidents n'existaient plus. OZENNE.

La cocaïne en chirurgie courante, par Paul RECLUS et ISCH WALL (*Revue de chir., n° 2, p. 149, 1889*).

Ce travail est le résultat de plus de 300 observations personnelles d'interventions chirurgicales diverses, faites depuis plus de 3 ans avec la cocaïne employée, soit en badigeonnages, soit, plus souvent, en injections sous muqueuses ou sous-cutanées.

Les applications, les badigeonnages de cocaïne sur les muqueuses permettent un certain nombre d'opérations sur la bouche, le voile du palais, le larynx, l'anus, le vagin, l'urètre, etc.

Mais pour les opérations qui nécessitent une anesthésie plus profonde

et plus étendue, il est nécessaire d'avoir recours aux injections interstitielles. Pour les tumeurs de la langue, des gencives, les tumeurs du vagin, etc., les injections doivent être poussées assez profondément, dépasser les limites du champ d'action opératoire et très multipliées, de façon à répandre l'anesthésie sur toute la surface. Pour les dilatations de l'anus, par exemple, Reclus et Isch Wall conseillent de faire six piqûres différentes, également espacées, cheminant un peu en dehors de la muqueuse dans les fibres les plus internes du sphincter jusqu'à son bord supérieur.

Quand il s'agit d'intéresser la peau, l'injection doit être poussée dans le derme même par l'aiguille enfoncée presque parallèlement à la surface du tégument et cheminant progressivement à mesure que quelques gouttes sont injectées. L'action est aussi marquée sur des tissus enflammés. L'injection est pratiquée sur tout le trajet bien déterminé de la ligne d'incision. Dans les opérations sur les os seules, l'anesthésie n'a pu encore être obtenue.

L'action constrictive de la cocaïne sur les vaisseaux oblige à attendre un instant avant de faire le pansement pour assurer l'hémostase.

La durée de l'anesthésie est suffisante pour pratiquer même d'assez longues opérations. Reclus rapporte une observation de cure radicale de hernie irréductible très complexe ; l'opération dura plus d'une heure, et l'anesthésie obtenue avec 15 centigrammes de cocaïne se maintint jusqu'au bout.

Les accidents partout signalés sont dus presque toujours à l'emploi de doses excessives.

Jamais il ne faut dépasser 25 centigrammes, soit 5 seringues de la solution à 5/100 employée par les auteurs. Encore le plus souvent 5, 10 ou 15 centigrammes suffisent.

Sur 300 observations personnelles qui servent de base à ce travail, 7 fois seulement on observa quelques accidents ; 3 fois ils furent très légers, 4 fois un peu plus sérieux. Ces accidents sont caractérisés par l'état suivant : face pâle, peau couverte de sueur froide, pouls rapide, respiration dyspnéique, pupille dilatée, parole difficile, puis nausées, vomissements, syncopes que précèdent parfois des frissons généralisés, des claquements de dents, des vertiges, des troubles visuels et auditifs, de la céphalalgie, des fourmillements, des contractures des muscles de la face et des membres; quelquefois de l'excitation cérébrale, l'illusion de l'élévation dans les airs. C. WALTHER.

De la suppression du drainage dans les grandes opérations chirurgicales, par Jules BŒCKEL (*Bullet. et mém. de la Soc. de chir.*, *t. XV*, *n°* 5, *p.* 538; *discussion : p.* 380 *et* 387).

Bœckel présente une série de 33 faits d'opérations graves avec réunion sans drainage et suivies de guérison rapide; 12 faits plus récents portent la statistique à 45 cas. Parmi ces opérations, il faut citer 6 cas d'amputation du sein avec curage de l'aisselle, parfois résection de la veine axillaire et de la clavicule ; 2 mastites parenchymateuses évidées et réunies, 14 résections du genou, etc.

Toutes ces plaies opératoires ont été réunies et guéries sous un seul

pansement, sauf un cas où le pansement a dû être changé un seule fois. Bœckel insiste sur les déplorables conditions du milieu nosocomial dans lequel il opère. Ces résultats ne sont dus qu'à une antisepsie minutieuse.

Dans tous les cas de réunion sans drainage, la réparation s'est faite sans fièvre, sans suppuration, sans douleur. C. WALTHER.

Beiträge zur Iodoformätherbehandlung der tuberculösen Knochenentzündung (Traitement des ostéites tuberculeuses par l'éther iodoformé), par J. DALLINGER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 20, *p.* 348, 1889).

L'auteur rapporte d'abord trois cas d'intoxication dont aucun ne s'est terminé par la mort. Pour apprécier l'efficacité de ce mode de traitement, il laisse de côté les cas légers, qui guérissent sous l'influence de n'importe quel traitement local ou général. Quant aux cas graves, il n'en a pas vu un seul guérir sous l'influence des injections d'éther iodoformé. En outre, ces injections lui paraissent dangereuses dans les abcès de la fosse iliaque, parce qu'elles exposent à la gangrène.

PIERRE DELBET.

Eine neue Methode, grosse Knochendefekte des Schädels zu Deoken (Nouvelle méthode pour combler les pertes de substance étendues du crâne), par SEYDEL (*Cent. f. Chir.*, *n°* 12, *p.* 209, 1889).

Dans un cas de fracture compliquée qui avait nécessité l'extirpation des fragments, la perte de substance mesurait 5 centimètres de long et 4 de large. L'auteur l'a comblé de la manière suivante : il a pris sur le tibia du malade un lambeau comprenant le périoste et les lames osseuses superficielles et mesurant la même étendue que la perte de substances à combler. Il a morcelé ce lambeau ostéo-périostal et a disposé les morceaux comme une mosaïque dans l'aire du trou. Pour mieux observer le mode de réparation, il n'a pas fermé la plaie; au dixième jour tous les fragments transplantés étaient adhérents, rosés et saignant au contact. PIERRE DELBET.

I. — Trois cas de névralgie rebelle du dentaire inférieur traités par l'excision de la portion intra-osseuse et l'arrachement du bout périphérique de ce nerf, par Léon TRIPIER (*Rev. de chir.*, *n°* 6, *p.* 453, 1889).

II. — Heilung einer Radialislæhmung... (Suture indirecte secondaire du nerf radial sectionné), par Th. GLUCK et M. BERNHARDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 45, *p.* 901, 5 *novembre* 1888).

III. — Einheilung eines Kaninchennerves in einen Defect des Nervus radialis (Restauration du nerf radial à l'aide d'un nerf de lapin), par A. LANDERER (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, *XXVIII*, *p.* 604, 1888).

I. — 1° Homme de 44 ans. Névralgie du dentaire inférieur. Douleurs concomitantes au niveau des points d'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires. Section de ces derniers. Guérison temporaire. Réapparition des mêmes phénomènes. Excision du nerf dentaire dans son trajet osseux et arrachement du bout périphérique. Guérison. Au bout de quelques mois les douleurs reparaissent et durent jusqu'à la mort.

2° Femme 49 ans. Névralgie du dentaire inférieur. Excision de la portion intra-osseuse et arrachement du bout périphérique du nerf. La malade

quitte l'hôpital guérie moins d'un mois après l'opération. La guérison se maintient pendant un an, puis les douleurs reparaissent plus fortes que jamais.

3° Homme, 64 ans. Névralgie du dentaire inférieur gauche. Section du nerf mentonnier. Récidive. Excision de la portion intra-osseuse et arrachement du bout périphérique. La guérison s'est maintenue, mais il n'y a que trois mois que l'opération a été faite.

Dans les névralgies très anciennes, rebelles, la récidive est la règle. Il faut l'attribuer, d'après Tripier, à une lésion secondaire des centres nerveux. Si cette lésion est simplement congestive, elle peut disparaître si la cause périphérique génératrice est supprimée; si, au contraire, elle est plus profonde, la guérison est peu probable. Sous l'influence de l'opération, il se produit un arrêt dans le fonctionnement de la partie centrale lésée; mais à un moment donné la lésion centrale se réveille; de là la récidive.

Il faut cependant opérer dans les cas de névralgie rebelle, car, s'il n'y a qu'une lésion périphérique, on peut obtenir la guérison; si les lésions sont plus étendues, on peut obtenir un soulagement souvent assez long.

C. WALTHER.

II. — Homme ayant reçu un coup de couteau à la face externe du bras gauche, à 2 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du coude. Guérison après élimination de fragments de tissus mortifiés et avec persistance d'une paralysie totale des muscles animés par le nerf radial. Les pressions exercées au-dessus de la cicatrice, au niveau vraisemblablement du bout central du nerf, provoquaient de violentes douleurs irradiées jusque dans le pouce et l'index.

Opération au moyen d'une incision cutanée longue de 12 centimètres. L'écartement entre les deux bouts du radial était d'au moins 5 centimètres. Après avivement et mobilisation des deux bouts, Gluck les suture médiatement à l'aide d'anses de catgut.

Un mois plus tard, soit environ 2 mois après l'accident, Bernhardt commence un traitement électrique avec les courants faradiques. L'excitation directe, comme l'indirecte, ne provoquait aucune réaction; il en était de même de l'excitation indirecte par les courants galvaniques, tandis que l'excitation galvanique directe déterminait la réaction de dégénérescence la plus nette. Presque chaque jour, on galvanisait le bras, le pôle négatif placé à demeure sur la cicatrice, tandis que le pôle positif était promené sur tous les muscles paralysés. En outre, de temps en temps, on essayait aussi les courants faradiques.

Au bout de 9 mois d'électrisation, les progrès étaient devenus sensibles; seules l'adduction et l'abduction du poignet laissaient encore à désirer. Mais, malgré la restitution à peu près intégrale des fonctions du membre, l'excitation directe avec de très forts courants faradiques secondaires en présence ne provoquait aucune réaction, et les courants galvaniques de 14 milliampères ne déterminaient qu'une contraction paresseuse à la fermeture du pôle négatif.

Bernhardt conclut qu'en circonstance semblable, avant de se prononcer sur l'incurabilité d'une paralysie traumatique, il faut poursuivre le traitement électrique durant un an. En outre, sans la suture médiate, l'électricité eût été inefficace, vu l'écartement des bouts du nerf. J. B.

III. — Fille de 18 ans qui, à la suite d'un phlegmon diffus du membre supérieur droit, avait eu une ostéomyélite de l'humérus et une ankylose du coude; séquestrotomie; le nerf radial, englobé dans les tissus lardacés, fut coupé

pendant l'opération. — Neuf mois après autoplastie nerveuse. — Incision de 15 centimètres sur la face externe du bras; les deux bouts du nerf, séparés par un intervalle de 3 centimètres et demi, ne pouvant être rapprochés, Landerer enleva à un lapin jeune un fragment de sciatique de 4 centimètres et demi de longueur et l'interposa, sans autre préparation, aux deux bouts du nerf sectionné, se contentant de faire autour du fragment transplanté quelques sutures perdues au catgut afin de le maintenir en place; la plaie cutanée fut ensuite suturée; pas de drainage; pansement à la gaze sublimée. Réunion par première intention. Trois semaines après l'opération, l'exploration électrique indiquait le rétablissement de la conductibilité motrice du nerf. Au bout de dix semaines, la main avait récupéré ses mouvements d'extension.

De ce que, dans les sutures directes, le rétablissement de la conductibilité ne se manifeste que vers la neuvième semaine, l'auteur conclut que, dans ce cas, le nerf du lapin s'est directement soudé aux extrémités nerveuses sectionnées et a servi de conducteur au courant nerveux.

DE SANTI.

Zur Operationstechnik bei der Unterbindung der Arteria thyreoidea inferior (Ligature de la thyroïdienne inférieure), par RYDYGIER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 14, *p.* 242, 1889).

Incision de 6 à 8 centimètres à 2 centimètres au-dessus de la clavicule parallèle à cet os, et dépassant le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Dès qu'on a incisé la peau et l'aponévrose superficielle, on glisse l'index sous le sterno-mastoïdien. En refoulant le tissu cellulaire, on arrive ainsi sur le bord interne du scalène antérieur. Les gros vaisseaux et le pneumo-gastrique sont écartés avec le sterno-mastoïdien. Avec deux écarteurs on fait fortement bâiller la plaie, et alors on voit facilement sur le bord interne du scalène le tronc thyréo-cervical et l'artère thyroïdienne inférieure. PIERRE DELBET.

I. — Beitrag zur Lungenchirurgie (Chirurgie du poumon), par HOFMOKL (*Soc. des méd. de Vienne*, 16 *novembre* 1888).

II. — Ein seltener Fall von Schussverletzung der Lunge und ihre Folgen (Blessure rare par arme à feu du poumon et ses suites), par MOSETIG-MOORHOF (*Wien. med. Presse*, *n°* 1, *p.* 1, 1889).

I. — Un sujet de 32 ans, ayant toussé et rejeté de grandes quantités de crachats fétides, entre à l'hôpital après 15 jours de maladie. On constate à droite, en arrière, les signes d'une grande caverne; rejet quotidien d'un demi-litre de matières infectes. Résection d'un fragment costal de 7 centimètres; le thermocautère Paquelin est plongé dans le poumon hépatisé à une profondeur de 5 centimètres; comme le résultat est nul, le chirurgien pénètre à 7 centimètres; il donne issue à l'air, mais ne voit pas sortir de liquide. Pansement à l'iodoforme.

Le chirurgien s'attendait à la terminaison fatale, mais l'expectoration diminue et perd sa fétidité; le malade guérit.

Hofmokl conseille d'agir de la sorte dans les cavernes bronchectasiques; il considère la cautérisation au Paquelin comme inoffensive. L. GALLIARD.

II. — Un forestier de 19 ans s'est blessé le 2 août 1888 avec son propre fusil; la balle a pénétré dans le côté gauche de la poitrine, brisé des côtes, déterminé une pleurésie séro-purulente; on a dû laver la plèvre qui est restée ouverte. Le blessé a pu reprendre une partie de ses occupations.

Il se présente à l'hôpital le 15 janvier 1888. La partie du thorax qui cor-

respond aux 6e, 7e et 8e côtes est profondément enfoncée; il existe là une cavité dans laquelle on peut introduire trois doigs, et d'où sortent de l'air et du pus. Le poumon gauche ne respire pas.

Le 17 janvier, résection de fragments de 5 centimètres des 4e et 5e côtes; à la suite, la sécrétion purulente diminue, mais l'air passe toujours. Il y a donc fistule pulmonaire, due très probablement à la présence d'un corps étranger (débris de côte).

Aussi l'auteur se décide-t-il à rechercher le corps étranger dès que le sujet est remis de la première opération.

Le 13 mars, on agrandit l'orifice cutané, on pratique une nouvelle résection costale et on atteint dans le poumon trois fragments osseux dont le plus grand a 0m,02 1/2 de long. Tampon iodoformé dans la cavité pulmonaire. Résultats immédiats satisfaisants; le 3e jour le malade peut se lever, le 7e jour on change le pansement pour la première fois. Le 8e jour le malade se plaint de crampes à la main droite; on y constate des convulsions qui, le 9e jour, s'étendent au membre inférieur; le 10e jour épilepsie jacksonienne parfaitement caractérisée. Le patient demande à quitter l'hôpital.

Aphasie; hémiparésie qui se transforme en hémiplégie, tandis que les convulsions disparaissent. Le 2 avril mort. Pas d'autopsie. L'auteur suppose un abcès cérébral. L. GALLIARD.

A moderna cirurgia pulmonar, par A. L. LOPÈS (*In*-4°, 44 *p*., *Lisboa*, 1888).

L'auteur consacre au traitement chirurgical des affections non traumatiques du poumon une étude critique qui résume assez complètement l'état de la question. La première partie renferme l'étude des modes de l'intervention, ponction, incision, résection du poumon et injections intra-pulmonaires; la seconde l'étude des indications de ces diverses opérations dans la tuberculose, la pneumonie, les abcès et la gangrène du poumon, la dilatation des bronches, les kystes hydatiques et les néoplasmes.

Lopès préconise la ponction, suivie de la désinfection et du drainage, toutes les fois qu'il existe dans le poumon un foyer de liquide septique, à la seule condition que l'organisme ne soit pas trop profondément débilité.

Pour l'incision du poumon, il a réuni la statistique suivante :

Abcès du poumon	14 cas	12 guéris	1 amélioré	1 mort
Bronchectasie	12 —	4 —	»	8 —
Cavernes tuberculeuses	13 —	»	»	13 —
Gangrène pulmonaire. .	17 —	10 »	1 —	6 —
Kystes hydatiques.....	36 —	31 »	»	5 —
Total........	92 cas	57 guéris	2 améliorés	33 morts

On ne doit pas hésiter à pratiquer cette opération lorsqu'on peut établir exactement le diagnostic de la nature et du siège du mal.

Quant à la pneumectomie, c'est une opération qui ne repose jusqu'à ce jour que sur des données théoriques ou expérimentales, qui n'est en conséquence actuellement justifiée que « dans des cas exceptionnels, lorsque le malade est fatalement et prochainement voué à la mort ». Sur 13 opérations elle a donné 8 morts. DE SANTI.

I. — Surgical interference in fractures of the spine, par DANDRIDGE (*The Journal of the american med. Association*, 13 *juillet* 1889).

II. — A successful case of spinal resection, par Robert DAWBARN (*New York med. journ.*, 29 *juin* 1889).

III. — Fractures par enfoncement des deux têtes humérales, dues à des convulsions musculaires chez une éclamptique, par Auguste POLLOSSON (*Revue de chir., p.* 927, 1889).

IV. — Contribution à l'étude du traitement des fractures transversales de la rotule par l'arthrotomie et la suture osseuse, par Louis PANNETIER (*Thèse de doctorat, Paris, n°* 103, 1889).

V. — Étude clinique et expérimentale sur une névralgie d'origine traumatique du nerf obturateur (Contribution à l'étude des fractures indirectes du bassin), par FÉRÉ et PERRUCHET (*Rev. de chir., n°* 7, *p.* 574, 1889).

I. — Homme de 27 ans qui eut, à la suite d'une fracture du rachis, une paralysie complète remontant jusqu'aux crêtes iliaques, avec rétention d'urine. Au bout de quelques jours la rétention fit place à l'incontinence. Il se développa de la cystite et des eschares. La sensibilité revint jusqu'au milieu des cuisses ; mais il n'y eut aucune amélioration dans les mouvements. Cinq mois après l'accident, on fit au niveau des apophyses épineuses une incision répondant par son centre à la onzième dorsale. L'apophyse épineuse de la douzième dorsale fut sectionnée, le trépan appliqué, et le canal vertébral ouvert. L'arc postérieur de la onzième dorsale et celui de la première lombaire furent de même enlevés. On ne découvrit aucune cause de compression, et la dure-mère ne fut pas ouverte. Réunion, sauf à la partie inférieure où fut placé un drain. Il y eut une amélioration dans l'état général, l'urine redevint claire et acide, quelques-unes des eschares se cicatrisèrent, d'autres diminuèrent. Toutefois l'incontinence persiste, ainsi que la paralysie du mouvement et de la sensibilité.

Dandridge conclut :

1° Dans les fractures de la région cervicale, il y a indication à la réduction immédiate sous les anesthésiques, suivie de l'immobilisation et de l'extension continue.

2° Dans toutes les fractures des régions dorsale et lombaire intéressant les corps ou les arcs vertébraux, avec ou sans symptômes de traumatisme médullaire, application immédiate du corset plâtré, précédée de l'extension sous le chloroforme, s'il y a un déplacement évident.

3° Quand les signes indiquant la lésion médullaire persistent sans amélioration, résection.

4° La résection immédiate est indiquée seulement quand il y a une dépression marquée des arcs avec symptômes de paralysie.

5° La longue durée des symptômes n'est pas par elle-même une contre-indication à l'opération.

6° On a dans la suspension un moyen de soulager quelques-unes des suites des fractures du rachis. E. KIRMISSON.

II. — Homme de 29 ans ayant eu le 31 août 1888 une fracture de la partie inférieure de la région dorsale de la colonne. Le 20 décembre, son état était le suivant : paraplégie complète commençant un peu au-dessous des côtes, incontinence des matières fécales ; rétention d'urine avec incontinence par regorgement ; cystite ammoniacale ; eschare au sacrum ; courbure cyphotique au niveau de la douzième dorsale. — L'opération fut pratiquée le 27 février

1889. On pratiqua une incision en H dont les branches verticales allaient de la septième dorsale à la deuxième lombaire, en l'écartant un peu par en bas. La branche transversale de l'H répondait à l'espace compris entre la douzième dorsale et la première lombaire. Les lames de la onzième dorsale avaient été brisées et elles étaient enfoncées et adhérentes à la dure-mère; les lames de la dixième, onzième et douzième dorsale furent enlevées, et la dure-mère se trouva à nu dans l'étendue d'un doigt. Elle n'offrait pas de battements, et adhérait à la moelle, qui, elle-même, ne paraissait pas rompue. Dix semaines après l'opération, la mobilité et la sensibilité ne sont pas modifiées; mais le rectum a repris sa tonicité; les érections sont plus fréquentes, les muscles répondent mieux à l'électricité. La température des membres qui souvent étaient froids et violacés, est meilleure. Les ongles du pied gauche qui avaient cessé de s'accroître depuis la fracture se sont mis à pousser; la sécrétion de la sueur qui était supprimée du même côté a reparu. Enfin le malade peut mouvoir la partie supérieure du corps sans ressentir, comme auparavant, de vives douleurs au niveau de la fracture. E. KIRMISSON.

III. — Les lésions consistent en un enfoncement de la partie cartilagineuse des têtes humérales, sous forme d'une gouttière longue de 3 centimètres et profonde de 5 ou 6 millimètres. Au fond de la gouttière, éclatement du cartilage avec quelques fissures irradiées.

Ces dépressions correspondent exactement aux bords antérieurs des cavités glénoïdes. La contraction musculaire a été assez violente pour appliquer les têtes humérales contre le bord des cavités glénoïdes et faire pénétrer le bord saillant dans le tissu spongieux de la tête. Tous les muscles de l'épaule sont d'ailleurs infiltrés d'épanchements sanguins par petites ruptures musculaires.

Les os fracturés ne présentent pas d'altérations pouvant expliquer une fragilité anormale; toutefois, le tissu spongieux de la tête est peu dense et la lame compacte sous-jacente au cartilage n'est pas très épaisse.

C. WALTHER.

IV. — Travail contenant l'analyse de 14 observations de suture de la rotule. L'auteur en tire les conclusions suivantes :

L'arthrotomie et la suture osseuse ne doivent pas être érigées en méthode de traitement uniformément applicable à toutes les fractures de la rotule.

L'arthrotomie, faite avec les précautions antiseptiques rigoureuses, fait courir très peu de risques au patient.

Dans les fractures transversales récentes, la suture n'est justifiée que lorsqu'il y a un écartement considérable et qu'on est convaincu de l'existence entre les fragments de tissus fibreux qui ne permettront pas la formation d'un cal osseux ou d'un cal fibreux très court.

Lorsqu'on a fait la suture, on doit toujours immobiliser le fragment supérieur pour neutraliser l'action du triceps.

Dans les fractures transversales anciennes avec long cal fibreux et impuissance du membre, l'intervention paraît indiquée.

Dans les fractures récentes compliquées de plaie, la suture osseuse est indiquée aussi nettement que possible.

Lorsqu'il n'y a pas eu d'accidents opératoires, les résultats de l'opération ont été plus rapides et bien supérieurs à ceux obtenus par les appareils prothétiques. C. WALTHER.

V. — D'une observation clinique (choc sur la région sacrée nécessi-

tant un repos prolongé; névralgie persistante de l'obturateur gauche) et de 9 expériences sur le cadavre, Féré et Perruchet tirent les conclusions suivantes :

1° Un choc appliqué sur la région sacrée d'un individu placé dans la position génu-brachiale, occasionne le plus souvent une fracture des branches horizontale et descendante du pubis, avec projection du sacrum en avant.

2° Le trait de fracture de la branche ilio-pubienne passe toujours sur l'éminence ilio-pectinée, au voisinage de la cavité cotyloïde à quelques millimètres au-devant du sourcil cotyloïdien.

3° Le trait de fracture intéresse toujours le canal sous-pubien.

4° Si le choc est peu intense, la projection du sacrum peut-être presque nulle et la branche horizontale du pubis être seule fracturée ; quelquefois même cette fracture est incomplète et respecte la face interne de l'os.

5° Le nerf obturateur peut être lésé par un cal vicieux, d'où résultera une névralgie ou une paralysie.

6° Malgré un choc violent capable de produire des fractures multiples des os iliaques et du sacrum, le col des deux fémurs a toujours été trouvé intact. C. WALTHER.

I. — Extirpation totale de la clavicule par DESPRÉS (*Bull. de la Soc. de chir.*, *t. XV*, *n°* 2, *p.* 143). — **Présentation de la malade** (*Ibid.*, *n°* 3, *p.* 227).

II. — Ablation de l'humérus pour un ostéo-sarcome avec conservation de l'avant-bras, par BUFFET (*Normandie méd.*, 15 *mai* 1889).

I. — Fille, 14 ans. Ostéosarcome de la clavicule droite, de la grosseur d'une mandarine. Début 5 mois. Pas de ganglions. Bon état général.

Résection totale. Incision sur la clavicule, dépassant ses limites, et arrondie aux extrémités. Dénudation de la partie moyenne, section avec la scie à chaîne puis avec la pince de Liston. — Ouverture de l'articulation acromio-claviculaire. Luxation et dissection du fragment externe. Plaie de la veine céphalique adhérente. Ligature. Luxation et ablation facile du fragment interne. En rasant bien la clavicule, on ne touche pas à l'aponévrose coraco-claviculaire. Guérison.

La malade peut soulever une chaise, porter la main à l'oreille, derrière la tête et derrière le dos. C. WALTHER.

II. — Femme de 58 ans; depuis deux ans, le haut du bras gauche est le siège d'un volumineux ostéo-sarcome, se terminant en fuseau à 8 centimètres du coude. Pas d'engorgement ganglionnaire. Après incision des téguments, on découvre une vaste cavité, remplie de bouillie épaisse, sanguinolente; l'humérus apparaît à nu au milieu des tendons disséqués et atrophiés; la tête humérale est diminuée de moitié; la surface articulaire de l'omoplate est saine. L'humérus est réséqué presque dans sa totalité; on ne conserve que l'extrémité articulaire. Lavage de la plaie, qui est bourrée de gaze iodoformée, pas de sutures de téguments. Suites de l'opération bonnes; six semaines après, cicatrisation, avec quatre centimètres de raccourcissement du bras. La malade revue dix-huit mois plus tard, exécutait bien les mouvements de pronation et de supination, le coude appuyé, et continuait son métier de couturière. OZENNE.

Ueber Totalexstirpation der Scapula wegen maligner Neubildung (Extirpation totale de l'omoplate dans les cas de tumeurs malignes), par Paul SENDLER (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXVIII*, *Heft* 2, *p.* 300, 1889).

Une demoiselle de 23 ans reçoit, en janvier 1888, un léger coup sur l'omoplate gauche. A la fin de mars, douleurs vives dans l'épaule. Au commencement d'avril, traitement par le massage. Les douleurs augmentent; la fièvre apparaît. On constate une tuméfaction de l'épaule. Le 27 avril, les fosses sus et sous-épineuses sont remplies par une masse pseudo-fluctuante qui s'étend jusqu'à la clavicule et dans le creux de l'aisselle. L'articulation n'est pas prise — T. 38,9. Le diagnostic entre une ostéomyélite aiguë et un sarcome médullaire de l'omoplate reste incertain. La tuméfaction augmente. Le 30, une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, ne ramène que du sang et des débris de tissus. Ces débris, examinés au microscope, permettent d'affirmer le diagnostic de sarcome. Le 2 mai, on pratiqua l'extirpation complète de l'omoplate avec conservation du bras. L'articulation était intacte, mais il fallut réséquer plusieurs muscles envahis par le néoplasme. Suture. Deux drains. Réunion par première intention. Mais la malade a de la fièvre; crachats sanguinolents. Bientôt la ligne de suture est détruite par des masses néoplasiques, et la malade succombe le 17. A l'autopsie, on trouve une récidive locale qui s'étend jusqu'à la région claviculaire. Plusieurs noyaux de généralisation dans les deux poumons.

Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est l'effroyable malignité du néoplasme qui, en un mois et demi, a entraîné la mort malgré une opération considérable. L'auteur se demande si le massage n'a pas été pour quelque chose dans la rapidité de cette évolution.

Des diverses statistiques publiées, il résulte qu'aucun âge n'est à l'abri du sarcome de l'omoplate (1 enfant de 6 ans 3/4, une femme de 70 ans). L'étude des cas malheureux montre, qu'après l'opération, la généralisation est assez rare. Ce sont presque toujours des récidives locales qui se produisent. Il en résulte qu'il faut toujours faire l'extirpation totale de l'os.

En réunissant les diverses statistiques publiées, et y ajoutant un cas de Madelung et le sien, l'auteur arrive au chiffre de 67 extirpations de l'omoplate pour tumeurs malignes. Sur ces 67 cas, il y a eu 39 morts et 28 guérisons notées, dont 12 bien constatées. PIERRE DELBET.

Vollständige Auschälung der zehnten rechten Rippe, zugleich mit Resektion der Quer-und Gelenkfortsatzes des zehnten Rückenwirbels (Extirpation de toute la dixième côte droite, avec résection des apophyses transverse et articulaire de la dixième vertèbre dorsale), par A. GRÜNBAUM (*Cent. f. Chir.*, *n°* 7, *p.* 125, 1889).

En juin 1886, un individu de 23 ans, jusque là bien portant, est pris de violentes douleurs dans le côté droit, particulièrement dans la région vertébrale. Toux, faiblesse, fièvre. Au milieu de juin, une incision donne issue à du pus séreux. Le 12 juillet, Grünbaum extirpe la dixième côte. Il trouve dans le corps de la dixième vertèbre lombaire une perte de substance remplie de graisse jaunâtre et de granulations saignantes. Le tout est enlevé à la curette tranchante. Drainage, tamponnement à l'iodoforme et suture. La cavité pleurale et le canal vertébral n'ont pas été ouverts. La guérison s'est faite lentement, mais elle était complète le 15 septembre. L'auteur diagnostique ostéomyélite granuleuse. PIERRE DELBET.

I. — Sur une forme d'arthrite douloureuse prolongée, arthralgie à forme névralgique, par Ch. AUDRY (*Rev. de chir., p.* 829, 1888).

II. — Contribution à l'étude de l'arthrotomie antiseptique de la hanche, par WEISS (de Nancy) (*Rev. méd. de l'Est, n°* 7, *p.* 195, 1889).

III. — A case of hip disease treated by trephining the femur, par George L. KINGSLEY (*Boston med. and surg. Journ.*, 2 *mai* 1889).

IV. — De l'ostéotomie linéaire sous-trochantérienne dans l'ankylose de la hanche, par Alfred AGUT (*Thèse de Paris, n°* 291, 1889).

V. — De la résection de la hanche dans les cas de coxalgie suppurée, envisagée spécialement au point de vue de ses résultats définitifs, par OLLIER (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 14 *mai* 1889).

VI. — Sur la résection du genou, par OLLIER (*Ibid.*, 21 *mai* 1889).

VII. — Ueber die Behandlung fungöser Kniegelenksentzündung mittels Resektion (Du traitement de l'arthrite fongueuse du genou par la résection), pa W. ZŒGE-MANTEUFFEL (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXIX, p.* 113, 1889).

VIII. — De la résection du genou, par J. BŒCKEL (*In*-8°, 185 *pages avec planches, Paris*, 1889).

IX. — A case of excision of the astragalus, par DUKEMAN (*New York med. Journ.*, 23 *février* 1889).

X. — Sur la résection ostéoplastique du cou-de-pied, dite opération de Wladimiroff-Mikulicz, par CHAPUT; rapport par P. BERGER (*Bull. de la Soc. de chir., t. XV, p.* 338).

XI. — Sur l'opération de Wladimiroff-Mikulicz, par Paul BERGER (*Ibid., t. XV, p.* 187).

XII. — Contribution à l'étude de l'opération de Wladimiroff Mikulicz; résection ostéoplastique du pied, par Henri-Victor SIMON (*Thèse de Paris, n°* 102, 1889).

XIII. — De la tarsectomie antérieure, par CHOBAUT (*Thèse de Lyon*, 1889).

I. — 1° Ostéo-arthrite prolongée douloureuse du genou gauche et de l'extrémité inférieure du fémur chez une femme de 35 ans. Douleurs intenses. Insuccès de la trépanation. Désarticulation de la hanche. Mort par choc. A l'autopsie, arthrite coxofémorale et arthrite du genou sans lésions du corps du fémur et consécutives à une véritable ostéite bipolaire. L'autopsie n'a révélé aucune lésion expliquant les douleurs incessantes et si intenses.

2° Femme de 36 ans, atteinte depuis 19 ans d'ostéo-arthrite du genou gauche. Douleurs continues très violentes. Amputation. Lésions d'arthrite plastique banale en voie de régression. Guérison parfaite. Pas de douleur du genou.

3° Femme de 30 ans, amputée pour arthrite douloureuse du genou gauche. Pas de lésions expliquant l'intensité des douleurs.

Audry conclut de ces observations :

1° Certaine arthrites de nature diverse, peuvent devenir au bout de plusieurs années extrêmement et constamment douloureuses, et cela sans causes anatomiques appréciables.

2° La persistance et l'intensité de la douleur, résistant à tous les moyens thérapeutiques connus, autorisent une intervention radicale.

3° La guérison semble devoir être définitive après l'amputation ; chez les opérées citées plus haut, les douleurs n'avaient pas reparu plus de deux ans après l'opération. C. WALTHER.

II. — L'arthrotomie curative de la hanche, sans raclage ni évidement, convient peu pour la coxalgie, parce que, quand la suppuration est manifeste, les lésions osseuses sont presque toujours avancées et compatibles avec la conservation des surfaces articulaires. Les opérations partielles de ce genre méritent cependant d'être tentées chez les enfants, à cause des arrêts de développement consécutifs à la résection. Par contre, dans la pyoarthrose coxofémorale simple, qui se voit surtout chez les enfants et qui est en rapport avec le développement du cartilage de conjugaison, il est indiqué d'évacuer le pus et de désinfecter la jointure.

On peut se contenter de pratiquer une incision unique ; mais il vaut mieux ouvrir tous les culs de sac, à l'aide de quatre incisions (2 antérieures en dedans du couturier et vers les adducteurs, et 2 postérieures). Le drainage est nécessaire, et pour favoriser l'écoulement du pus, il est très utile de pratiquer l'extension continue. LEFLAIVE.

III. — Enfant de 3 ans et demi, atteint d'une coxalgie gauche s'étant montrée à la suite d'une chute. Une fistule se forma au côté externe du membre. Le gonflement et les douleurs devinrent énormes; l'enfant criait toute la nuit; l'écoulement du pus par la fistule continuait à être très abondant. Une couronne de trépan fut enfoncée à la base du grand trochanter jusque dans le col du fémur. La rondelle osseuse enlevée par le trépan avait environ un pouce de longueur. Le trochanter et le tissu osseux voisin furent trouvés ramollis et caséeux. La curette permit d'enlever une grande quantité de matière caséeuse. La cavité fut lavée, drainée, etc. Le 14 janvier, le tube put être supprimé, l'incision était entièrement cicatrisée, sauf le trajet du drain. Le 16 janvier, le petit malade commença à s'asseoir, le 21, il était capable de marcher avec des béquilles. Il peut maintenant appuyer sur le membre inférieur gauche, sans ressentir de douleurs. E. KIRMISSON.

IV. — L'auteur a réuni 21 observations d'ostéotomie linéaire soustrochantérienne pour ankylose de la hanche.

Il la considère comme la meilleure, la plus facile, la moins dangereuse des opérations dirigées contre cette ankylose.

Elle est insuffisante d'un côté, quand l'ankylose est double. Mais, malgré ses résultats imparfaits, elle semble encore devoir être préférée presque toujours pour son innocuité à toutes les méthodes qui essayent de donner une articulation mobile et dont la meilleure parait être la résection articulaire.

Jusqu'à 6 ou 7 ans, l'ostéoclasie manuelle pourra être tentée avant l'ostéotomie linéaire sous trochantérienne.

Pour le manuel opératoire, la section linéaire doit sortir sous le fémur au-dessous du petit trochanter. L'auteur a constaté sur 10 sujets adultes qu'une ligne, passant au-dessous de la pointe du petit trochanter, coupe le fémur à 6 centimètres chez la femme, de 7 centimètres 1/4 à 7 3/4 chez l'homme, au-dessous du bord supérieur du grand trochanter.

L'incision des parties molles, verticale, longue de 3 centimètres, ayant son milieu au-dessous du petit trochanter est faite sur le bord

postérieur du grand trochanter et la partie correspondante du fémur.

L'ostéotomie se pratique suivant les règles habituelles. Lannelongue fait la section osseuse légèrement oblique en bas en avant et en dedans pour passer plus sûrement au-dessous du petit trochanter. C. WALTHER.

V. — Sur une cinquantaine de cas de résection de la hanche pour coxalgie suppurée qu'Ollier a pratiquées depuis 1860, en ne considérant que celles, qui datent de trois ans au moins, il a obtenu des résultats différents, suivant qu'il a cherché à conserver une articulation mobile, ou à provoquer une ankylose. Dans le premier cas, les malades peuvent aisément fléchir et porter le membre en abduction, en adduction, etc., mais dès qu'ils veulent marcher, il s'opère des déplacements secondaires et une claudication disgracieuse et très fatigante. Chez les malades, qui, au contraire, sont ankylosés, la marche est facile et pourvu qu'elle ait lieu sur un sol uni, avec un talon élevé, elle peut être prolongée autant qu'on le sent sans fatigue, et pour ainsi dire sans claudication. Dans l'intérêt des malades, c'est donc cette ankylose qu'il faut, dans la majorité des cas, rechercher; il ne peut y avoir d'exception que pour les sujets qui sont destinés à mener une vie sédentaire; pour ces derniers, la reconstitution d'une néarthrose, sur le type de l'articulation primitive, sera légitimement poursuivie; on agira de même, lorsque certaines formes de coxalgie nécessitent une résection hâtive: en dehors de ces cas, des opérations plus simples (ouverture antiseptique des foyers, injection iodoformée, drainage), seront suffisantes pour amener la guérison. OZENNE.

VI. — Ollier rappelle que, jusqu'en 1870, la résection du genou lui avait donné une mortalité de 85 0/0; depuis les pansements antiseptiques, elle est tombée à 10 0/0 et dans la dernière série, qui comprend trente opérations, depuis 1886, il n'a perdu que trois malades, dont un seul par le fait de l'opération. Depuis quelque temps, grâce à l'emploi de l'iodoforme, il est arrivé à ne plus faire qu'un seul pansement, qu'il enlève au bout de 40 à 50 jours ; à cette époque, le membre est solide et à l'abri de tout déplacement. Plus que jamais il est partisan du drainage, pratiquée avec des drains en os décalcifié, ainsi que de la suture osseuse, d'autant plus que la présence d'un corps étranger aseptique entretient une irritation productive et utile. Il estime qu'il est préférable, malgré quelques exemples contradictoires, de toujours rechercher l'ankylose; toutefois, on peut espérer que quelquefois, chez des jeunes sujets, on obtiendra une articulation mobile, en avivant les condyles à l'aide de résections superficielles et à la condition de pouvoir conserver tout l'appareil ligamenteux et musculaire. Si la résection ne doit pas être pratiquée quand il y a espoir de guérir par l'immobilisation, le temps et la patience, elle est cependant une opération rationnelle et indiquée dans les ostéo-arthrites suppurées, qui bientôt exigeraient l'amputation du membre, et dans celles qui ne finissent pas d'aboutir à l'ankylose.

OZENNE.

VII. — Ce travail est basé sur l'étude de 55 résections du genou, pratiquées depuis 1878 par von Wahl, à Dorpat. Le chirurgien russe a pour principe de conserver le moins longtemps possible ses opérés à l'hôpital et c'est à cette condition qu'il attribue la rareté des récidives et des tuberculoses post-opératoires ; il repousse toute opération tendant à

obtenir une articulation mobile et ne poursuit que l'ankylose dans le plus bref délai. L'opération est toujours faite sans le secours de la bande d'Esmarch : le procédé employé est l'incision courbe de Textor avec résection de la rotule et ablation des surfaces articulaires, alors même que celles-ci ne sont pas altérées, de façon à favoriser la réunion osseuse ; raclage de la synoviale et suture osseuse à la soie, pansement et appareil plâtré. La consolidation se fait ordinairement en 7 semaines ; au bout de ce temps, les opérés quittent l'hôpital avec un appareil silicaté qu'ils conservent pendant un an.

Sur les 55 opérés dont l'observation est rapportée en détail, on compte 38 hommes et 17 femmes ; 4 seulement étaientâgés de moins de 15 ans, le plus âgé avait 30 ans. Les résultats sont les suivants : 47 guérisons, dont 2 après amputation consécutive et 6 morts (11 0/0) sur lesquelles 3 seulement sont directement imputables à l'opération. Quant aux résultats définitifs, on trouve, sur 30 opérés qui ont put être suivis : 16 guérisons définitives, 6 guérisons sans récidive au bout d'un an et demi, 6 guérisons avec récidive locale, 2 guérisons locales avec généralisation ultérieure de la tuberculose.

La moyenne du raccourcissement a été de 27 millimètres. Tous les opérés peuvent marcher soit naturellement, soit avec l'aide d'une canne.

DE SANTI.

VIII. — Travail important basé sur l'étude de 64 observations personnelles dont 47 inédites.

L'auteur, après avoir jeté un coup d'œil rétrospectif sur la résection du genou et montré quels préjugés existent actuellement encore en France à l'égard de cette opération, rappelle que la mortalité générale est tombée depuis l'antisepsie, de 30,9 0/0 (Culberston), à 12 0/0 (Fowler) : mais ce chiffre est encore trop élevé car, depuis la publication de son premier mémoire (1881), l'auteur a obtenu une nouvelle série de 30 résections sans un seul décès et la mortalité de ses opérés s'est abaissée de 11, 8 0/0 à 0, soit en moyenne 3, 8 0/0.

L'âge avancé n'est pas, comme on l'a prétendu, une contre-indication à l'opération et Bœckel rapporte 2 observations de guérison à 58 et 63 ans ; la consolidation s'opère mieux, au contraire, chez l'adulte que chez l'enfant. Chez ce dernier, la crainte d'un arrêt de développement du membre n'est une contre-indication que dans certains cas particuliers.

L'auteur étudie successivement, les indications particulières de la ponction et du lavage articulaires, de l'arthrotomie, de la synovectomie et de l'ostéo-arthrotomie ; il montre que d'une façon générale, la résection est supérieure à la synovectomie parce que l'irritation du cartilage de conjugaison produit un allongement du membre opéré qui compense, dans une certaine mesure, le raccourcissement ultérieur. La résection doit être précoce. Elle est contre-indiquée, lorsque les lésions atteignent une trop grande étendue en hauteur.

L'auteur insiste sur l'inutilité des ligatures et de la suture osseuse ; l'élévation du membre suffit dans la majorité des cas à assurer l'hémostase et la coaptation des os. Comme pansement, il préconise le pansement durable de Neuber, sans drainage, qui lui a donné une série de 8 guérisons sous un seul pansement.

Sur les 47 dernières résections totales de l'auteur, on trouve 2 morts

et 45 guérisons dont 5 après amputation consécutive, 4 avec articulation ballante et 36 avec ankylose ; sur 5 résections partielles, 5 guérisons dont 1 après amputation et 4 avec ankylose ; sur 6 synovectomies, 2 morts de tuberculose (5 mois et 2 ans après l'opération) et 4 guérisons définitives.

Sur les 30 dernières opérations, toutes suivies de guérison, 23 ont guéri sans une goutte de pus, 4 ont légèrement suppuré et 3 ont suppuré abondamment. La durée ordinaire du séjour de ces malades à l'hôpital n'a été que de 30 jours. La consolidation a été obtenue le plus souvent du 23e au 60e jour.

Enfin, l'étude des résultats fonctionnels de ses opérés a permis à Bœckel d'établir que la résection *intra-épiphysaire* du genou est suivie chez l'enfant, d'un allongement et non d'un *raccourcissement* du membre opéré. L'allongement primitif est constant et s'observe déjà après le premier mois ; il est d'autant plus prononcé que la section de l'épiphyse a été faite plus près du cartilage de conjugaison ; il devient apparent entre le 3e et le 4e mois qui suit la résection. — Le raccourcissement ultérieur est plus marqué chez les jeunes sujets que chez ceux qui ont passé l'époque de la 2e dentition ; il paraît se manifester après le 7e mois, ne devient apparent qu'au bout d'un an et demi en moyenne et est d'autant plus grand que la résection a été plus large. DE SANTI.

IX. — Homme de 28 ans, ayant eu, le 30 septembre 1881, une fracture du péroné à 3 pouces environ au-dessus de la malléole et une luxation partielle du tibia en avant. Le malade étant endormi, le tibia et le péroné furent réduits assez facilement ; mais l'astragale qui était déplacé en avant et en dehors, faisant saillie immédiatement au-dessous de la peau, ne put être réduit. Il détermina une ulcération de la face dorsale du pied ; il y eut nécrose de la portion osseuse faisant saillie à travers la plaie. 2 mois après l'accident, on pratiqua l'ablation de l'astragale. L'opération se fit sans difficulté. 4 mois après, il pouvait marcher avec une béquille. L'auteur a pu voir le malade dernièrement ; son membre est un peu raccourci, mais les fonctions ne laissent rien à désirer. E. KIRMISSON.

X. — Berger, dans ce rapport, fait l'étude complète des indications, du manuel opératoire et des résultats de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz.

Résultats au point de vue fonctionnel : sur 34 cas, 20 résultats satisfaisants, dont 14 ne laissent rien à désirer. La marche est meilleure qu'avec toute amputation de jambe.

Au point de vue des récidives et des accidents consécutifs à l'opération : sur 34 observations 9 récidives, 1 pour ostéo-sarcome, 8 pour tuberculose. Les accidents consécutifs à l'opération ont été le sphacèle plus ou moins étendu (2 cas), la mobilité persistante mais limitée (2 cas), enfin l'absence complète de soudure osseuse (2 cas).

L'opération a été faite pour des lésions très diverses, traumatismes, ulcères, tuberculose, etc. Chez les sujets jeunes, bien portants, et dans les lésions, même tuberculeuses, limitées au calcanéum, à l'astragale, aux articulations tibio et médio-tarsiennes, l'opération peut rendre de très réels services,

Il faut, dans la pratique opératoire, ménager avec le plus grand soin les parties molles, les vaisseaux et les nerfs. Pour y arriver, Berger a employé une incision externe en T renversé ; elle permet d'aborder

directement les lésions, d'en reconnaître la profondeur et l'étendue et de pratiquer au besoin soit la résection tibio-tarsienne, soit l'amputation ostéo-plastique de Le Fort.

XI. — Berger présente une femme de 24 ans, opérée pour des lésions tuberculeuses des articulations tarsiennes et tibio-tarsienne. Au cours de la résection typique entreprise, les lésions furent reconnues si étendues que Berger transforma la résection en opération de Wladimiroff-Mikulicz.

Résultat très bon, soudure des os parfaite, cicatrice solide et mobile, pas trace de récidive locale, état général excellent. La marche s'effectue avec plus de sûreté qu'avec le moignon donné par l'amputation ostéo-plastique de Le Fort, ce qui tient à l'absence de raccourcissement du membre, à la conservation de la sensibilité spéciale de l'extrémité du pied et à un certain degré d'élasticité des articulations tarso-métotarsiennes. C. WALTHER.

XII. — Sur un total de 34 observations rassemblées dans ce travail, la résection de Wladimiroff-Mikulicz n'a jamais causé la mort immédiate des opérés ; les lésions qui ont nécessité la résection ont été:

Lésions tuberculeuses, 26 ; ulcérations rebelles du talon 3 ; fracture vicieusement consolidée, 1 ; lésions par traumatisme accidentel, 2 ; ostéo-sarcome du calcanéum, 1 ; sarcome mélanique du talon, 1.

Deux opérés ont succombé plus tard à la tuberculose pulmonaire. On a dû six fois pratiquer l'amputation secondaire de jambe pour :

Récidives de lésions tuberculeuses, 3 fois ; septicémie, 1 ; retard de consolidation, 1 ; gangrène du moignon, 1.

Deux fois la récidive de la lésion a nécessité une nouvelle ablation des os reconnus malades. C. WALTHER.

XIII.— L'auteur désigne sous le nom de tarsectomie antérieure totale, la résection de la totalité des os de la première rangée du tarse et du scaphoïde, et de tarsectomies antérieures partielles, la résection isolée ou simultanée des trois cunéiformes et de la partie antérieure du cuboïde. Chacune de ces opérations peut être accompagnée ou non de la résection de l'extrémité postérieure des métatarsiens et de l'extrémité antérieure de l'astragale et du calcanéum.

Cela posé, il démontre que la tarsectomie antérieure totale est une opération parfaitement réglée, typique, « aussi méthodique que la résection du poignet » ; tandis que les tarsectomies partielles sont en général de mauvaises opérations. Seule, peut-être, l'ablation des trois cunéiformes et de la moitié antérieure du cuboïde donne des résultats passables.

Les tarsectomies longitudinales ne sont permises qu'à la condition de ne pas dépasser la demi-largeur du pied.

Le procédé d'Ollier pour la tarsectomie antérieure totale est le meilleur ; il consiste en 4 incisions longitudinales et équidistantes sur la face dorsale du pied, d'une étendue de 5 à 6 centimètres ; le périoste, décollé par la rugine, est soigneusement respecté ainsi que les tendons et les ligaments, les os sont enlevés, les fongosités raclées ou détruites au thermo-cautère. Drainage, pansement à l'iodoforme et immobilisation dans une gouttière plâtrée.

Cette opération convient surtout aux ostéo-arthrites de la dernière enfance et de l'adolescence.

Les suites sont en général bénignes ; les troubles trophiques consécutifs sont minimes. Les os enlevés sont remplacés par une masse

ostéo-fibreuse qui réunit solidement l'avant-pied à l'arrière-pied. Quant aux résultats fonctionnels et orthopédiques ils sont très satisfaisants, comme le démontrent 15 observations recueillies dans le service d'Ollier. DE SANTI.

I. — Un cas de luxation coxo-fémorale sus-cotyloïdienne, par LAMARQUE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 *mars* 1889).

II. — Ist bei der Luxatio obturatoria das Bein verlängert (La jambe est-elle allongée dans les luxations obturatrices), par Carl LAUENSTEIN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 10, *p.* 109, 1889).

III. — Zur Mechanismus der inkompleten Luxation der Kniegelenkmeniscus (Mécanisme des subluxations des cartilages semi-lunaires), par M. LEWENTANER (*Ibid.*, *n°* 17, *p.* 301, 1889).

IV. — Two rare dislocations, par Lewis A. STIMSON (*New York med. Journ.*, 25 *mai* 1889).

V. — Des causes de l'irréductibilité des luxations anciennes de l'épaule, par NÉLATON (*Archives gén. de médecine*, *octobre* 1888).

VI. — Ueber das Beugehinderniss bei hinterer Ellenbogenluxation (De la résistance à la flexion dans la luxation du coude en arrière), par E. ZUCKERKANDL (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *XXVIII*, *p.* 597).

VII. — Zur Kasuistik der volkommenen Luxation bei der Vorderarmknochen nach aussen (Luxation complète du coude en dehors), par M. BISCHOFSWERDER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 21, *p.* 359, 1889).

VIII. — Operation for dorsal dislocation of the first phalanx of the index, par Lewis STIMSON (*New York surg. Society ; New York med. journal*, 30 *mars* 1889).

I. — Homme de 38 ans, qui fut renversé par un bœuf sur la hanche gauche et traîné à une distance de 20 mètres, tiré par le pied gauche autour duquel s'était enroulée la corde de conduite. Au moment où le blessé fut relevé, la jambe gauche était en adduction forcée, étendue sous la jambe droite, le pied complètement renversé en dedans. Des tractions et des mouvements de rotation en dehors, parvinrent à remettre le membre dans la rectitude, mais non pas à réduire la luxation, qui, douze jours plus tard, présentait les signes suivants : déformation considérable de la hanche, qui est plus élevée et plus convexe que celle du côté droit; épine iliaque antéro-supérieure gauche, située à 6 centimètres au-dessus de sa congénère ; pli de l'aîne effacé ; fesse globuleuse, raccourcie et n'offrant pas la dépression externe normale; pli fessier plus élevé, profond et composé de deux sillons très accusés, pas de sensation de la tête fémorale dans la région fessière; légère rotation en dehors du membre inférieur; élévation de 7 centimètres 1/2 du grand trochanter; même élévation de la tête fémorale, qui se trouve à côté et en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure sur le même plan transversal qu'elle; raccourcissement de 7 centimètres 1/2 du membre tout entier, dont les mouvements spontanés sont impossibles. La réduction est obtenue en combinant la flexion, la rotation en dedans, l'abduction et la pression sur le grand trochanter. Cette variété de luxation pourrait être dénommée : luxation juxta-épineuse supérieure. OZENNE.

II. — Dans un cas qu'il a observé, l'auteur a constaté un raccourcissement de 5 centimètres. Aussi se range-t-il, contrairement à la plupart

des auteurs, à l'avis de Malgaigne. Il admet avec ce dernier que le membre inférieur est raccourci dans les luxations obturatrices, et il explique géométriquement le mode de production du raccourcissement.

PIERRE DELBET.

III. — Un homme de 36 ans, se subluxa le cartilage semi-lunaire du côté gauche en voulant s'accroupir, la jambe étant en forte rotation externe. Il ressentit une violente douleur dans le genou, et ne put étendre la jambe. Il appuya fortement sur son genou avec les deux mains, entendit un craquement et parvint à remettre sa jambe en extension. A l'exploration, on pouvait sentir, lorsque la jambe était fléchie à angle droit, la saillie faite par le cartilage luxé. Cette saillie commençait à 1 centimètre du bord interne du ligament rotulien. La réduction ne fut pas faite, et les douleurs persistèrent longtemps. Aujourd'hui, le malade peut avec sa jambe exécuter presque tous les mouvements. Toutefois l'extension complète est impossible. P. DELBET.

IV. — 1° Femme de 40 à 50 ans, ayant éprouvé un traumatisme du poignet droit. La main était en pronation complète, et ne pouvait être mise en supination. La saillie que fait normalement l'extrémité inférieure du cubitus à la face dorsale du poignet n'existait plus. On pouvait reconnaître facilement à la palpation, la surface par laquelle le radius s'articule avec le cubitus, et la partie du carpe répondant normalement à ce dernier os. Au devant du poignet, on trouvait une saillie formée par l'extrémité inférieure du cubitus. La réduction fut aisément obtenue par une pronation forcée, combinée à une pression d'avant en arrière sur le cubitus, et d'arrière en avant sur le radius. Le déplacement se reproduisait facilement en mettant le poignet dans la supination, et en pressant d'arrière en avant sur le cubitus.

2° Homme de 34 ans, avait fait un saut de côté pour éviter un cheval, mais les pieds avaient glissé et il était tombé sur le côté droit. Immédiatement, vive douleur dans le cou-de-pied droit, et aussi au-dessous du genou droit, au côté externe. La main et la vue permettaient de reconnaître facilement, en ce point, la tête du péroné faisant saillie au côté externe de la jambe, avec le tendon du biceps formant une courbe à convexité antérieure. La circonférence du membre immédiatement au-dessous de la rotule était de 1 centimètre plus grande que celle du côté opposé. La réduction fut facilement obtenue, en repoussant la tête du tibia en arrière avec le pouce, pendant que le genou était fléchi à angle droit. E. KIRMISSON.

V. — Le principal obstacle à la réduction des luxations anciennes de l'épaule est apporté par la rétraction de la capsule déshabitée.

Cette rétraction présente deux phases : une première pendant laquelle les lèvres de la boutonnière capsulaire étranglent la tête et s'opposent seules à sa rentrée dans la cavité glénoïde libre et prête à la recevoir. Une deuxième, dans laquelle la tête ne peut pas rentrer dans la cavité glénoïde, non seulement parce qu'elle est étranglée par les lèvres de la déchirure qui l'a laissé sortir, mais encore parce que la cavité articulaire est devenue trop petite pour la contenir, par le fait du resserrement de la capsule déshabitée.

A ces deux causes d'irréductibilité doivent être opposées deux méthodes de traitement différentes : la première étant justiciable des tractions et des mouvements communiqués, la deuxième ne relevant que de l'intervention sanglante. RICHARDIÈRE.

VI. — Ce n'est pas, comme on le croit, à la tension du triceps, mais aux ligaments qui vont de l'épicondyle aux deux os de l'avant-bras qu'il faut attribuer l'obstacle à la flexion dans les luxations du coude en arrière. L'auteur le démontre expérimentalement sur des cadavres et

fait voir par la dissection que ces trousseaux fibreux font partie à la fois du ligament latéral externe et de l'arcade fibreuse du nerf cubital; ils subissent, dans la luxation, par suite du déplacement de l'olécrâne, un glissement qui augmente notablement leur tension et s'oppose à toute tentative de flexion. — Au point de vue pratique, il serait facile d'utiliser la connaissance de ces faits et de faciliter la réduction des luxations du coude en opérant préalablement la rupture complète des faisceaux fibreux en question par l'hyperextension. DE SANTI.

VII. — Cette luxation s'était produite chez un enfant de 13 ans, à la suite d'une chute du haut d'un grenier. L'avant-bras était fixé dans la flexion à angle droit. La tête du radius était placée en dehors et surtout en avant, la grande cavité sigmoïde correspondait à l'épicondyle. Le cubitus n'était ni remonté, ni refoulé en arrière. L'auteur s'appuie sur ce fait pour séparer complètement cette luxation en dehors, des luxations en arrière et en dehors. La réduction s'obtint facilement par la manœuvre suivante : traction sur l'avant-bras fortement fléchi: pression directe de dehors en dedans sur l'olécrâne. PIERRE DELBET.

VIII. — Stimson présente un enfant de 11 ans chez lequel, pour une luxation de la première phalange de l'index, il a dû ouvrir l'articulation par la face antérieure. Le ligament glénoïdien avait été déchiré à peu de distance de son insertion au métacarpien, et la tête de ce dernier avait passé à travers la boutonnière ainsi formée; il fallut sectionner cette bride pour réduire. Guérison complète. E. KIRMISSON.

Ueber die Behandlung des angeborenen Klumpfüsses in der v. Volkmann'schen Klinik (Traitement des pieds bots congénitaux à la clinique de v. Volkmann), par O. v. BUNGUER (*Cent. f. Chir.*, n° 24, p. 409, 1889).

De 1880 à 1889, on a fait à la clinique de Halle, 32 ténotomies du tendon d'Achille, 8 ténotomies du tibial postérieur, 8 ténotomies des deux tendons, 4 ostéotomies cunéiformes du tarse, 25 extirpations de l'astragale, 21 opérations de Phelps.

Depuis 1882, la ténotomie du tibial postérieur et la résection cunéiforme du tarse sont abandonnées. La première à cause de la difficulté de son exécution, la seconde parce qu'elle ne donne pas de résultats durables. Volkmann n'a pas non plus été satisfait de l'extirpation de l'astragale, qu'il a faite 25 fois. Le résultat n'a été satisfaisant que dans un tiers des cas. Aujourd'hui, il recommande comme méthode de choix, l'opération de Phelps.

L'ensemble du traitement des pieds-bots congénitaux est institué de la manière suivante. Pendant la première année, la mère est chargée de faire des manipulations quotidiennes. Au commencement de la seconde année, on fait un redressement manuel progressif mais plus énergique, en y joignant, s'il y a lieu, la section du tendon d'Achille. Le pied est maintenu par des appareils plâtrés. Si la déformation est d'un degré plus avancé, on fait l'opération de Phelps, qui consiste à sectionner à ciel ouvert, toutes les parties molles du bord interne du pied au niveau du scaphoïde. Les deux branches du nerf plantaire interne doivent être disséquées et ménagées. Quelquefois, mais rarement, il est nécessaire d'ouvrir l'articulation astragalo-scaphoïdienne, ou scapho-cunéenne.

PIERRE DELBET.

Die Therapie des klumpfüsses in der Heidelberger Universitätsklinik (Le traitement du pied-bot), par Gustav KRAUSS, de Darmstadt (*Deutsche Zeitchrift für Chirurgie, XXVIII, p.* 317, 1888).

L'auteur s'est imposé la tâche, sur le conseil de Czerny, de rechercher tous les opérés de pied-bot sortis de la clinique de Heidelberg du 1er janvier 1877 au 1er janvier 1887; le chiffre de ces opérés était de 142 dont 129 traités par l'orthopédie et 13 par l'opération sanglante (on sait en effet que pour Czerny les résultats du traitement orthopédique sont infiniment supérieurs à ceux de l'opération). De ces 142 malades, Krauss en a retrouvé 101 dont 90 de la première catégorie et 12 de la seconde : il a pu de la sorte compléter les observations prises à la clinique par l'examen des résultats définitifs et il a trouvé chez les enfants :

(a) Sur 126 enfants soumis au traitement orthopédique :

Aggravation due à la mauvaise volonté ou la négligence des parents	3 cas 1/2	soit	2,78 0/0
Etat stationnaire	48 cas 1/2	—	38,49
Amélioration légère	9 cas	—	7,14
Amélioration marquée	35 cas 1/2	—	28,17
Amélioration considérable	4 cas	—	3,18
Guérison complète	25 cas 1/2	—	20,24

(b) Sur 12 enfants opérés par la tarsectomie :

Etat stationnaire	11,1 0/0
Amélioration légère	5,5
Amélioration marquée	77,7
Guérison complète	5,5

La raison de la supériorité des résultats obtenus par le traitement orthopédique est, comme l'a fait voir Czerny, dans ce fait que « tout le squelette du membre inférieur, de la hanche au pied, participe à la déformation » et que la résection ne corrige que la difformité du pied; d'autre part l'opération sanglante demande un traitement consécutif très long dont les opérés s'affranchissent le plus souvent par négligence ou par impatience. — C'est ainsi que les opérations faites à Heidelberg ont demandé, pour la cicatrisation seulement, une moyenne de séjour de 86 jours à l'hôpital: c'est donc une illusion de croire que la méthode sanglante abrège la durée de la guérison.

Envisageant ensuite la question de l'étiologie du pied bot, l'auteur fait voir que la fréquence de cette difformité est, dans les services de chirurgie, de 0,46 0/0 en moyenne; que sur 100 pieds bots, on trouve 78,8 varus congénitaux, 18,4 varus paralytiques et 1,4 varus traumatiques; que le varus congénital est plus fréquent à droite qu'à gauche, plus commun chez les garçons que chez les filles et, dans la même famille, se rencontre de préférence sur les aînés. C'est, dans les trois premières semaines de la vie, que le pied bot congénital offre les conditions les plus favorables à son traitement; le plus grand nombre des malades est traité trop tardivement. DE SANTI.

Traitement des paralysies du mal de Pott par la suspension, par Weir MITCHELL (*Americ. j. of the med. sc., p.* 439, *mai* 1889).

La suspension doit être employée au début de la paralysie, on doit en user avec précaution; elle permet de diminuer la difformité, et de remettre en place les tissus détruits.

Tant qu'on ne l'a pas tentée, il n'est pas permis de désespérer d'une paralysie due au mal de Pott; si elle ne réussit pas plus souvent c'est qu'on n'a jamais recours à elle qu'àprès l'échec de toutes les autres méthodes Elle agit très probablement sur la moelle elle-même et ses effets sont dans un redressement de l'angle aigu formé par l'incurvation osseuse.

Actuellement que l'on connaît mieux les heureux effets de la suspension dans le mal de Pott, il est probable qu'en l'essayant dans d'autres affections du rachis, on pourra obtenir d'aussi bons résultats.

La durée de la suspension doit être proportionnée à la tolérance et aux sensations de chaque individu. F. VERCHÈRE.

A parosteal lipoma, or congenital fatty tumour, connected with the periosteum of the femur, par d'Arcy POWER (*Transact. of the Path. Soc. of London*, 21 *février* 1888).

Le malade était un enfant de 9 ans. Pendant l'opération, on trouva la tumeur fortement adhérente au périoste fémoral, au niveau du trochanter. La guérison fut parfaite et rapide.

La tumeur, formée de graisse, était lobulée, en partie seulement encapsulee; les muscles faisaient en certains points partie de cette capsule. Elle mesurait 8 centimètres sur 6.

Plusieurs points sont à relever dans cette observation. La congénitalité d'un lipome, ce qui est loin d'être fréquent, son adhérence au périoste, enfin l'absence d'encapsulement en nombre de points de la périphérie de la tumeur. F. V.

On the excision of bone... (Résections osseuses pour la guérison des ulcères.), par Thomas ANNANDALE (*The Lancet*, 16 *mars* 1889).

Annandale commence par rappeler que le principe de l'opération n'est pas nouveau; il y a plus de 20 ans, il a vu Syme enlever une partie du calcanéum pour provoquer la cicatrisation d'un ulcère consécutif à une brûlure. L'auteur lui-même a eu plusieurs fois recours à des opérations semblables. Il range sous quatre chefs toutes les interventions de cet ordre :

1° Enlèvement d'une portion d'un os ne comprenant pas toute son épaisseur. — Trois fois, Annandale a fait l'application de ce principe, 2 de ces cas ressemblaient à celui de Syme; la guérison de l'ulcère fut obtenue. Dans le 3e cas, il s'agissait d'un ulcère situé au-devant du tibia; l'os épaissi fut evidé; guérison.

2° Excision de toute l'épaisseur d'un os ou de deux os, comme à la jambe et à l'avant-bras. — L'auteur rapporte le cas suivant : Un jeune homme de 22 ans avait une plaie contuse suivie de mortification des parties molles sur les 2/3 de la circonférence des régions moyenne et supérieure de la jambe; les os étaient intacts. Le 13 janvier 1886, l'auteur fit, à l'union du tiers supé-

rieur et du tiers moyen de la jambe, la résection de 2 pouces 1/2 du tibia et 2 pouces 1/4 du péroné. Suture osseuse; guérison.

3° Résection partielle ou complète d'une jointure, lorsque l'ulcération ou la rétraction cicatricielle occupe les environs de la jointure. — L'auteur a fait deux opérations de ce genre : 1° Jeune fille de 12 ans; plaie contuse ayant laissé une large ulcération au-dessus et au niveau du coude; flexion permanente du coude produite par la rétraction cicatricielle. Le 17 janvier 1885, résection du coude ayant porté sur 3 pouces 1/2 du squelette. Guérison. — 2° Cas semblable chez un garçon de 9 ans; résection du coude, le 3 août 1885. Guérison.

4° Excision d'une portion de toute l'épaisseur d'un os pour permettre le rapprochement des extrémités de l'os voisin ayant subi une perte de substance. — Le 9 janvier 1875, l'auteur a publié dans le *Brit. med. Journal* une observation de cette nature (la première, croit-il). Il excisa une partie du cubitus pour obtenir la consolidation du radius. Il publie maintenant un cas qui a trait à la jambe : Homme de 38 ans; fracture comminutive de la jambe droite; quelques esquilles tibiales furent enlevées. Consolidation du péroné, mais écartement d'un pouce entre les fragments du tibia. Avivement des deux fragments du tibia; résection du péroné; suture des os. Consolidation; guérison avec un peu plus d'un pouce d'écartement.

L'auteur remarque en terminant que de pareilles opérations seront rarement applicables primitivement. Il vaut mieux attendre pour voir quelle sera l'étendue de la résection nécessaire. E. KIRMISSON.

Note sur une nouvelle méthode de traitement applicable aux kystes synoviaux, aux kystes sébacées et en général à toutes les tumeurs kystiques superficielles, par BARTH (*Union médicale*, 15 *janvier* 1889).

Le procédé préconisé par Barth consiste à injecter dans la poche kystique une ou deux gouttes de la liqueur de Fowler pure. Sur cinq cas de kystes synoviaux, quatre ont guéri après une seule injection, un seul a nécessité une seconde injection. Sur trois kystes sébacés, deux ont guéri après la première injection. Ce traitement peu douloureux amène en quelques jours la disparition des tumeurs. H. L.

I. — Hochgradiges Divertikel der Speiseröhre mit dem Ausgang in Genesung (Diverticule volumineux de l'œsophage guéri par le cathétérisme), par BERKHAN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 11, *p.* 227, 18 *mars* 1889).

I. — Casuistische Beitraege zur retrograden Dilatation von Œsophagusstricturen, par Carl HAGENBACH (*Correspondenz Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 5, *p.* 129, 1*er* *mars* 1889).

III. — Digital divulsion of the pylorus for cicatricial stenosis, par J. M. BARTON (*Med. News*, 25 *mai* 1889).

I. — Homme de 52 ans, pris sans cause appréciable, à l'âge de 38 ans, de gêne de la deglutition qui crût graduellement. Au bout d'une année, il ne pouvait plus avaler que des liquides; tous les aliments solides étaient régurgités plus ou moins rapidement. En même temps était apparue au dessus de la fourchette sternale, en avant du sterno-mastoïdien gauche, une tumeur sacciforme, de la grosseur d'une noix. La compression de cette tumeur faisait remonter les liquides dans la bouche.

Pour éviter la pénétration de la sonde œsophagienne dans le diverticule, Berkhan pratiqua le cathétérisme avec une bougie conique de gutta percha

qu'il recourba à son extrémité. Peu à peu, il parvint à enfoncer l'instrument de plus en plus profondément. Le traitement entier consista en 71 séances de cathétérisme réparties dans l'espace de 4 mois.

11 ans plus tard, Berkhan a revu son malade. Le pain sec est le seul aliment qui soit dégluti avec quelque difficulté. L'ingestion des boissons se fait un peu lentement en s'accompagnant d'un glouglou perceptible sans stéthoscope. Enfin quand la malade tourne le cou, il lui semble que le côté gauche de cet organe soit un peu plus volumineux. J. B.

II. — Relation de 2 gastrostomies pour rétrécissemeut de l'œsophage pratiquées par Socin, avec dilatation de bas en haut, par la fistule stomacale, de l'œsophage rétréci.

1er *cas*. — Homme de 52 ans; il y a 10 mois, il a commencé à éprouver de la gêne dans la déglutition œsophagienne, s'accompagnant de quelques douleurs rétrosternales. Depuis 5 semaines, les bouillies elles-mêmes sont vomies et les boissons ne peuvent passer que par petites gorgées. Légère tuméfaction des ganglions susclaviculaires. Le rétrécissement se trouve à 34 centimètres des arcades dentaires. Un double cathétérisme quotidien n'ayant amené qu'une amélioration fugitive, Socin fait la gastrostomie en 2 séances séparées par un intervalle de 4 jours.

10 jours plus tard, l'opéré réussit à avaler un plomb de chasse muni d'un fil mince. A l'extrémité inférieure de ce fil, extraite par la fistule, on attache un gros fil de soie auquel on fait franchir le rétrécissement de bas en haut; puis on noue ensemble les deux bouts qui pendent hors de la bouche et de la fistule. Enfin, on fixe à l'extrémité inférieure du fil une sonde de 7 millimètres qui parvient, sans violente douleur, à remonter l'œsophage. Ce cathétérisme rétrograde est pratiqué chaque jour avec des numéros de sonde de plus en plus considérables. Au bout d'une dizaine de jours, on introduit une sonde de 12 millimètres. Au bout d'un mois, on n'a plus besoin pour la faire passer de se servir du fil de soie, mais toutes les tentatives de cathétérisme de haut en bas restent encore vaines. 5 semaines plus tard, en utilisant, comme conducteur, l'extrémité supérieure d'une sonde introduite par la fistule gastrique, on réussit à franchir le rétrécissement de haut en bas avec une autre sonde fixée sur le bout de la précédente. Ce cathétérisme combiné est continué 6 semaines chaque jour. Une semaine plus tard, on parvient pour la première fois à franchir le rétrécissement par la bouche sans bougie conductrice. Après une nouvelle quinzaine, Socin referme la fistule stomacale. A son départ de l'hôpital, un mois plus tard, le malade peut passer lui-même une sonde de 14 millimètres. Mais au bout d'un mois (7 mois après la gastrostomie), il succombe et l'on constate à l'autopsie un rétrécissement annulaire long de 3 centimètres causé par un cancer de l'œsophage, situé à 10 centimètres du cardia.

2e *cas*. Fillette de 8 ans et demi ayant avalé une gorgée d'acide sulfurique. Le caustique produit 2 rétrécissements œsophagiens, situés le premier à 16 centimètres, le second, plus étroit, à 24 centimètres de l'arcade dentaire. Des cathétérismes méthodiques et longtemps continués, n'amènent qu'un mieux passager. Le rétrécissement redevient infranchissable et l'enfant vomit même les liquides. 32 mois après l'accident, Soccin fait la gastrostomie en deux séances. Le 25e jour, on parvient à saisir, par la fistule, l'extrémité d'un fil qu'on a fait avaler à l'opérée. Dès lors, en procédant comme dans le cas précédent, on commence la dilatation des rétrécissements de bas en haut, à l'aide d'abord de cordes de violon qu'on laisse 2 heures en place, puis à l'aide de sondes. A partir du 47e jour, on n'alimente plus l'enfant que par la voie naturelle. 3 mois plus tard, l'enfant, avec quelque difficulté, réussit à déglutir une sonde molle de 7 millimètres, qui sert dès lors, au lieu du fil de soie, à faire glisser de haut en bas une sonde plus volumineuse, à travers le rétrécissement. Au

bout de quelques semaines, Socin obture la fistule gastrique et l'enfant ne tarde pas à se sonder elle-même quotidiennement avec une sonde anglaise de 15 millimètres. Elle peut tout manger sans souffrance. J. B.

III. — Femme de 48 ans, souffrant de vomissements, hématémèse ayant subi des alternatives diverses, mais ne cessant plus depuis quelques mois.

De 143 livres, elle est descendue comme poids à 93.

Le 10 janvier 1889. Incision de l'abdomen sur la ligne médiane, ouverture de l'estomac très dilaté. On trouve le pylore resserré, pouvant à peine admettre une sonde (nº 10 filière française). Barton introduit un petit dilatateur utérin, puis une pince œsophagienne, puis les doigts jusqu'à ce que le pylore donne un calibre large, mesurant en circonférence environ 4 pouces et demi. Suture de l'estomac, puis de la paroi; suites bonnes, guérison parfaite.

Le 25 mars le poids est remonté à 110 livres, le 15 avril à 118, le 27 avril à 122.

Barton fait suivre son observation de quelques indications sur le diagnostic, le procédé opératoire, et du relevé de 25 opérations de ce genre ayant donné 15 guérisons, 10 morts. D'après une communication de Peruzzi, assistant de la clinique, Loreta en serait à sa 30e opération de ce genre. A. C.

Ein Fall Pyloroplastik nach der Methode von Prof. Heineke und Mikulicz. Genesung, par J. van der HOEVEN (*Arch. f. klin. Chir., XXXVIII, Heft* 2, *p.* 444).

Au commencement de juin 1888, un homme de 29 ans avale par mégarde un verre d'acide chlorhydrique. Au bout de quelques jours le malade se croit guéri et sort de l'hôpital. Au bout de quatorze jours, il revient se plaignant de constipation, de troubles de la digestion et de vomissements répétés. On trouve l'estomac énormément dilaté. Après quelques jours d'observation pendant lesquels le malade rend tous les aliments, van der Hœven se décide à pratiquer l'opération de Mikulicz. Cette opération se fit très régulièrement et très facilement. La section longitudinale du rétrécissement fut suturée transversalement avec vingt points profonds et quinze péritonéaux. Le seul incident fut que deux points profonds coupèrent et durent être immédiatement remplacés. Le malade a bien guéri : il a repris son métier de maçon : son état est absolument satisfaisant. Van der Hœven a fait l'incision cutanée comme Heineke, parallèlement à l'arc des côtes. PIERRE DELBET.

I. — Sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen et plus particulièrement des blessures de l'intestin par projectiles de petit calibre (balles de revolver), par Paul BERGER (*Bull. de la Soc. de chir., t. XV, p.* 93).

II. — Sur les plaies de l'abdomen par coup de feu, par Paul RECLUS (*Ibid., t. XV, nº* 2, *p.* 132).

III. — Étude clinique sur les coups de feu pénétrants de l'abdomen, par CHARVOT (*Revue de chir., nº* 6, *p.* 433; 1889).

IV. — Observations de plaies pénétrantes de l'abdomen, par GUERT; rapport par CHAUVEL (*Bull. et mém. de la Soc. de chir., t. XV, nº* 6, *p.* 468).

V. — Penetrirende Bauchschusswunde (Plaie pénétrante de l'abdomen), par A. GRÜNBAUM (*Cent. f. Chir., nº* 7, *p.* 123; 1889).

I. — Berger rapporte deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen :

La première est relative à une plaie par balle de revolver de calibre 7. Perforations multiples de l'intestin grêle et du gros intestin; péritonite septique immédiate; laparotomie; suture de quatre perforations de l'intestin grêle et de deux perforations du côlon transverse; anus contre nature. Mort le jour même.

La seconde a trait à une blessure de l'estomac par balle de revolver de calibre 7. Péritonite circonscrite, avec accidents graves au début. Traitement par l'expectation. Guérison rapide. Ici, la circonscription des phénomènes douloureux, l'absence d'extension des accidents péritonitiques au reste de l'abdomen, la probabilité d'une lésion du foie où le projectile était vraisemblablement allé se perdre, contre-indiquaient toute tentative opératoire.

La balle fut retrouvée dans la paroi abdominale et extraite par une incision; quelque temps après la douille de la cartouche fut rendue par l'anus: le blessé, dans une tentative de suicide, avait mis deux cartouches dans le canon du revolver.

Nélaton (*ib.*, p. 100) a abservé, l'année dernière, 3 plaies pénétrantes de l'intestin :

1° Coup de couteau traversant la paroi abdominale antérieure. Plaie de l'intestin. Suture. Guérison;

2° Plaie de l'intestin par balle de revolver. Laparotomie 19 heures après l'accident. Suture de trois perforations intestinales. Mort au bout de 2 jours;

3° Plaie par balle de revolver. Laparotomie 4 heures après la blessure. Suture de sept perforations intestinales. Mort au bout de 16 heures. Une des sutures avait cédé et livré passage aux matières fécales.

Baudon rapporte deux observations (*ib.*, p. 100) :

1° Coup de revolver dans le creux épigastrique, vomissements de sang, face grippée et très pâle, etc. Opium en lavements, glace, immobilité; guérison rapide;

2° Coup de revolver dans l'hypochondre gauche à bout portant, balle perdue; mêmes symptômes généraux, selles sanglantes. Traitement par la morphine, l'immobilisation, la glace; guérison sans péritonite.

Quénu : Observation de plaie pénétrante de l'estomac par balle de revolver. Morphine, immobilisation. Mort au bout de six jours par péritonite.

Peyrot : Plaie, par arme à feu, de la région ombilicale. Laparotomie 15 heures après l'accident. Deux perforations de l'estomac. Deux perforations du duodénum. Sutures. Mort au bout de 4 jours. C. WALTHER.

II. — Reclus combat l'intervention systématique, dans tous les cas de plaie de l'abdomen par coup de feu. Il divise les observations en deux groupes : 1° celles où la perforation intestinale ne s'est révélée par aucun signe clinique, tout en existant au moins dans 2 à 3 0/0 des faits, comme le prouvent les observations anatomiques et les expériences; 2° celles qui ont été caractérisées par un signe certain, sortie du projectile par l'anus, issue de gaz par la plaie, etc...

Sur 114 cas de plaies par balle de revolver, sans intervention, on trouve 94 guérisons et 20 décès, soit 18 0/0 de mortalité. Sur 59 plaies par instrument tranchant, 49 guérisons et 10 décès, soit 17 0/0 de mortalité.

Sur 5 cas personnels, 3 par balle, 2 par couteau, Reclus a eu 5 guérisons sans aucune intervention. Dans un 6e cas, plaie par coup de couteau, laparotomie, ligature d'une volumineuse artère épiploïque. 3 perforations intestinales déjà fermées par un petit bouchon muqueux et autour amas de fibrine avec adhérences commençantes. Suture des perforations. Mort 55 heures après l'intervention.

Dans les laparotomies avec manipulation de l'intestin, 70 0/0 de mortalité dans la statistique de Chauvel, 80 0/0 d'après Reclus.

Reclus accepte la laparotomie dans les cas de péritonite au début, dans les cas d'hémorragie, ou encore dans les traumatismes par coups de pied de cheval, qui produisent le plus souvent une déchirure complète de l'anse intestinale. C. WALTHER.

III. — Charvot rapporte dans ce mémoire trois observations personnelles :

1° Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu (tentative de suicide à l'aide du fusil Gras). La balle entre dans la région stomacale au-dessous des fausses côtes, traverse l'hypochondre gauche, blessant le côlon descendant, touchant la crête iliaque. Aucun accident local ou général. Cicatrisation rapide de l'orifice d'entrée du projectile. Transformation consécutive de l'orifice de sortie en une fistule stercorale large, béante, avec, au fond, des esquilles osseuses que l'on enlève plusieurs mois après. Guérison complète.

2° Coup de feu dans l'abdomen. La balle du revolver d'ordonnance, tirée à bout portant, entre dans la région épigastrique, traverse le flanc gauche et reste en arrière, retenue sous la peau, au-dessus de l'épine iliaque postéro-supérieure. Traitement médical. Mort 30 heures après l'accident. On trouve à l'autopsie : deux perforations de l'intestin grêle, dont une très large, un trou au côlon transverse et les signes habituels de la péritonite par perforation.

3° Coup de feu dans l'abdomen. Déflagration d'une charge de poudre oubliée dans un vieux fusil. La bourre fait balle et troue le ventre au-dessous et à droite de l'ombilic. Laparotomie 5 heures après l'accident. Résection d'une anse intestinale de 25 centimètres de long, trouée en quatre points, avec le triangle mésentérique correspondant portant une cinquième perforation. Abouchement des deux bouts de l'intestin à l'aide de 15 points de suture de Lembert. Ablation de fragments de bourre ramollis par le liquide péritonéal. Mort 26 heures après l'opération. A l'autopsie, pas de traces de péritonite, pas d'autres blessures viscérales. Les sutures ont bien tenu.

Charvot conclut, après discussion, à l'intervention immédiate après tous les coups de feu pénétrants de l'abdomen. C. WALTHER.

IV. — 1° Jeune fille, 16 ans. Plaie par balle de revolver à l'hypochondre droit. Guérison rapide sans intervention.

2° Homme. Coup de couteau dans le ventre. Anse intestinale herniée et blessée. Suture de Lembert sur les deux plaies intestinales, réduction. Suture de la paroi. Opium. Glace sur le ventre. Lait glacé.

Le 4e jour, dans un effort de défécation, lipothymie, signes d'hémorragie interne et mort.

A l'autopsie, épanchement sanguin dans le péritoine, plaies intestinales bien réunies, déchirure fraîche du grand épiploon. Pas de péritonite.

Guert pense que la paralysie intestinale consécutive à l'administration de l'opium, qui ne supprime pas le besoin de la défécation, a nécessité ces efforts qui ont déterminé un agrandissement de la déchirure épiploïque et une hémorragie.

Chauvel croit que la laparotomie eût été utile en présence des signes d'hémorragie interne. C. WALTHER.

V. — Un artilleur de 26 ans reçoit une balle de revolver, qui pénètre dans le mésogastre à droite de la ligne médiane. On ne trouve pas d'orifice de sortie, mais on sent une saillie formée par la balle en arrière, près de la troisième vertèbre lombaire, dont l'apophyse épineuse est mobile. L'orifice d'entrée est pansé antiseptiquement. En arrière, on fait une incision qui permet d'extraire l'apophyse épineuse, la balle et des morceaux de vêtements. Le troisième et le cinquième jour, on trouva dans les selles des

caillots sanguins. Le malade a bien guéri. L'auteur pense que l'intestin n'avait pas été atteint, ou bien qu'une anse avait été blessée près de son bord mésentérique, mais sans être ouverte. Le sang, rendu avec les selles, venait probablement de la blessure de petits vaisseaux de la muqueuse.

PIERRE DELBET.

Zur Frage der Behandlung bedeutender intra-abdominalen Blutungen (Traitement des hémorragies intra-abdominales profuses), par KÜSTNER (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, p. 333; 1889).

Une femme de 50 ans, ayant eu douze grossesses, subit le 26 août 1888 la laparotomie pour un carcinome de l'ovaire; pendant l'opération surviennent des vomissements qui arrêtent un instant le chirurgien. Extirpation de la tumeur, ligature du pédicule. Au réveil, état normal. T. 36°,6. Pouls 76.

A 2 heures après-midi, 4 heures 1/2 après l'opération, la garde-malade s'aperçoit que le pouls radial n'est plus perceptible; l'opérée offre tous les signes d'une hémorragie interne. Un quart d'heure après, le chirurgien rouvre la cavité abdominale et trouve du sang liquide et des caillots qui la remplissent. Il nettoie la cavité, place une pince hémostatique sur le pédicule, puis fait une ligature solide. Nouvelle toilette, puis suture.

L'opérée semble reprendre ses forces, mais au bout d'une heure elle a de nouveau l'aspect d'une moribonde.

Injection d'un litre d'eau salée dans la médiane céphalique droite. Le résultat est d'abord satisfaisant, mais les accidents reparaissent bientôt. Le chirurgien ouvre le ventre pour la troisième fois, désireux d'explorer encore le champ de l'opération. Les sutures sont solides, le pédicule ne fournit pas de sang. On verse dans la cavité abdominale 1 litre 1/2 de solution salée à 40° pour remplir les vaisseaux, puis on referme. Pour cette opération, le chloroforme a été inutile, la malade étant absolument insensible. Bientôt le pouls peut se compter, les lèvres se colorent, la malade se ranime. Apyrexie les jours suivants.

Le onzième jour on enlève les sutures; le vingt-deuxième jour l'opérée part guérie.

Depuis cette époque (9 mois), l'état est satisfaisant.

Dans les cas d'hémorragie intra-abdominale soudaine, abondante, l'auteur conseille d'imiter son exemple et de pratiquer la laparotomie, quelle que soit la cause de l'accident.

L. GALLIARD.

I. — Ueber die klinische Diagnose der Darmocclusion durch Strangulation oder Achsendrehung (Diagnostic des occlusions intestinales par étranglement ou torsion), par Ed. v. WAHL (*Cent. f. Chir.*, n° 9, p. 153; 1889).

II. — Die Laparotomie bei Axendrehung des Dünndarmes (Laparotomie pour torsion de l'intestin grêle), par Ed. von WAHL (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXVIII*, *Heft* 2, p. 233; 1889).

III. — Ueber den Bauchschnitt bei inneren Darmverschluss (Laparotomie dans l'obstruction intestinale), par OBALINSKI (*Ibid.*, *XXXVIII*, *Heft* 2, p. 249).

I et II. — Ces deux mémoires ont à peu près le même but. L'auteur insiste sur la possibilité de diagnostiquer sinon la nature, du moins le siège de l'occlusion. D'après lui, la portion d'intestin située au-dessus de l'étranglement ne se distendrait pas d'une manière notable parce qu'elle

peut se vider, et qu'elle se vide par les vomissements. C'est seulement l'anse étranglée qui se développe démesurément et qui produit le météorisme. On pourrait reconnaître le siège de cette anse par la vue, par la percussion, mais surtout par la palpation qui permet de sentir l'anse volumineuse et fixée. Lorsque les parois abdominales sont très tendues, on ne peut faire cette exploration que sous le chloroforme. Grâce à ce fait, la recherche du siège de l'occlusion serait considérablement simplifiée. L'auteur rapporte trois observations personnelles, où la laparotomie a été faite. Deux fois, la guérison a été obtenue.

III. — Obalinski a fait 38 laparotomies pour obstruction intestinale. Les 20 premiers cas ont déjà été publiés en 1855 dans le *Wiener med. Presse*. Sur ces 38 laparotomies, il y a eu 15 guérisons complètes et 23 morts, soit une mortalité de 60,5 0/0. Dans les 19 derniers cas, les résultats ont été meilleurs et la mortalité n'a été que de 52,6 0/0. L'auteur ne doute pas qu'on puisse abaisser le chiffre de la mortalité à 50 0/0. Le point capital, c'est d'opérer de bonne heure. Il ne faut pas s'attarder à affirmer le diagnostic, à vouloir préciser la nature et le siège de l'obstacle, car le plus souvent on n'y arrive pas. Dans les cas aigus, il faut opérer dans les 24 premières heures. Dans les cas chroniques, il ne faut guère attendre plus de 48 heures. Ce n'est que dans les cas où on a reconnu un obstacle fonctionnel (inflammation de l'intestin à la suite de péri- de paratyphlite, de métrite, d'ovarite) qu'il faut adopter l'expectation avec un traitement médical. L'entérotomie doit être considérée comme un pis-aller pour les cas où la nature de l'obstacle, l'affaiblissement du malade, ne permettent pas de faire autre chose. Il ne faut faire l'anus contre nature qu'après la laparotomie, qui permet de choisir l'anse intestinale la mieux située.

Au point de vue opératoire, la recherche de l'obstacle doit être pratiquée avec une grande prudence. Cet obstacle peut être causé par une péritonite circonscrite, développée autour d'un ulcère perforant. Il ne faut pas s'exposer à déchirer les adhérences, ce qui amènerait l'effusion du pus dans le péritoine.

Lorsque, à l'ouverture du ventre, on trouve une péritonite manifeste, il faut chercher si la péritonite est le résultat de l'obstacle à la circulation des matières intestinales, ou bien si elle est le résultat d'une perforation. Dans le premier cas, il faut terminer l'opération le plus vite possible, et faire un anus contre nature, si l'obstacle est difficile à lever. Dans le second cas, il faut faire la suture intestinale.

Lorsque la résection de l'intestin est impossible, l'entéro-entérostomie peut rendre des services. PIERRE DELBET.

Die Resultate der Behandlung brandiger Brûche (Résultats du traitement des hernies gangrenées), par Eugen KAHN (*Berlin. klin. Woch.*, n° 20, *p.* 439, *et* n° 21, *p.* 468, 20 *et* 27 *mai* 1889).

De 1880 à 1888, Hahn a opéré 220 hernies, dont 31 avec gangrène totale de l'intestin. Ces 31 hernies se composent de 23 hernies fémorales, 6 inguinales et 2 ombilicales. Sur les 31 opérés, 23, soit plus de 74 0/0, ont succombé.

Chez 26 de ces 31 malades, il avait pratiqué un anus contre nature,

et 20, soit 76,9 0/0, sont morts. Chez les 5 autres, Hahn avait fait l'entérorraphie primitive avec résection, et 3, soit 60 0/0, sont morts. Parmi les 20 décès d'anus contre nature, 14 sont dus à l'épuisement et 6 d'entre eux se sont produits dans les deux premiers jours après l'opération; 5 ont été causés par une péritonite et le dernier est survenu au bout de quelques mois par gangrène pulmonaire aiguë (embolie déterminée par l'entérotome?).

2 des 3 morts de l'entérorraphie primitive ont été occasionnées par une péritonite putride, et la 3e par une pneumonie; dans un seul cas, la suture n'avait pas tenu, mais il existait en outre une perforation intestinale. En somme, des 3 décès d'entérorraphie, aucun n'est dû à l'opération, tandis qu'il n'en est pas de même pour la moitié des décès d'anus contre nature, notamment pour 6 qui ont succombé à l'épuisement par inanition. Et sur les 6 survivants, 4 ont guéri très lentement.

Cohn conclut :

1° La majorité des malades auxquels on a pratiqué un anus artificiel succombe à l'inanition;

2° Dans la plupart des cas, le traitement par l'entérotome est inefficace;

3° En cas de gangrène de l'intestin, il est avantageux de faire l'entérorraphie en fixant l'intestin sur la ligne médiane;

4° Quand la gangrène est douteuse, il y a lieu de laisser l'intestin au niveau de l'orifice herniaire en l'enveloppant de gaze iodoformée. C'est ce que Hahn a fait chez 14 autres malades, dont 3 sont morts. J. B.

Les tumeurs de l'épiploon, par Ch. AUDRY (*Lyon méd.*, 21 *juillet* 1889).

Dans ce travail, qui comprend l'analyse des observations connues et la relation de cas inédits, Audry n'étudie que deux variétés de tumeurs : les kystes et les cancers.

1° *Kystes*. Les tumeurs les plus fréquentes sont les kystes hydatiques (29 obs.). On peut en distinguer deux formes : une où il y a infiltration par des tumeurs multiples, une seconde où une tumeur prédomine et prend un volume susceptible de faire hésiter sur le diagnostic. Les symptômes n'ont rien d'assez net pour permettre d'établir la nature de la tumeur. L'intervention, dans la dernière forme, est de toute nécessité;

2° *Cancer*. *a*) Cancer manifestement secondaire consécutif à l'extension de proche en proche ou à de véritables greffes malignes. Tantôt l'épiploon est pris en masse, tantôt il y a une série de noyaux plus ou moins volumineux. Les organes qui donnent le plus souvent lieu à ces dégénérescences secondaires sont l'estomac et l'ovaire. Intervention inutile.

b) Tumeurs d'origine douteuse, paraissant primitives, sans connexion évidente avec des organes lésés.

c) Cancer primitif. Deux variétés : celle où l'épiploon est pris simultanément avec le reste du péritoine; l'autre où existent des tumeurs uniques, sans matières en général. Ces tumeurs sont justiciables de l'extirpation. A. C.

Zur Technik der Mastdarmresektion (**Résection du rectum**), **par William LEVY** (*Cent. f. Chir.*, *n°* 13, *p.* 218; 1889).

A la suite des opérations de Kocher et de Kraske, le plancher pelvien perd de sa solidité, et il peut en résulter des troubles sérieux. C'est pour remédier à cet inconvénient que l'auteur propose un nouveau procédé, qui n'a encore été répété que sur le cadavre. Il fait une incision transversale de 8 à 10 centimètres sur le sacrum, à un travers de doigt au-dessus de la corne coccygienne. De chacune des deux extrémités de cette incision part une autre incision verticale dirigée vers le bas, longue de 8 centimètres. Par ces deux incisions verticales on détache les insertions des fessiers et on sectionne les ligaments sacro-sciatiques. On peut alors soulever le tissu cellulaire qui est devant le sacrum et, avec une pince, couper cet os au niveau de l'incision cutanée transversale. La partie inférieure du sacrum et le coccyx sont rabattus de haut en bas et on voit le rectum. Le rectum réséqué, on remet en place la portion rabattue du sacrum. PIERRE DELBET.

I. — **Épithélioma circulaire de la partie moyenne du rectum; résection du rectum avec suture circulaire. Guérison, par TERRIER** (*Progrès médical*, 6 *avril* 1889).

II. — **Ueber Resectio Recti, par E. KUESTER, von BERGMANN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 9, *p.* 193, 4 *mars* 1889).

I. — Un homme de 57 ans présentait depuis un an les signes d'un cancer de l'intestin, hémorragies légères, alternatives de complications et de diarrhée, ténesme, pus dans les selles, amaigrissement. Au 6 décembre 1888 on constatait par le toucher rectal l'existence d'une tumeur dure, à 7 ou 8 centimètres de l'anus, tumeur formant un anneau long de 4 à 5 centimètres, et nettement limitée en haut comme en bas. Après une série de lavages soignés de l'intestin et une injection de naphtol, on procéda à l'opération. D'abord, incision de la peau depuis l'anus jusqu'au coccyx, puis de la muqueuse rectale au dessus du sphincter, incision circulaire au-dessus de laquelle on décolle la tumeur et on résèque celle-ci au dessous de grandes pinces courbes; une fois la tumeur enlevée, on fait la suture des deux moitiés inférieures du rectum disséquées aux deux moitiés de la muqueuse qui double le sphincter. Au bout de 3 semaines le malade partait guéri; il n'existait qu'une légère saillie de la muqueuse en un point de la circonférence rectale; au niveau de la suture les fonctions rectales étaient régulières. H. L.

II. — Kuester présente trois malades auxquels il a fait la résection du rectum pour cancer, avec un résultat qu'on peut qualifier d'idéal. La région anale a son aspect absolument normal, les sphincters fonctionnent et l'exploration digitale de l'intestin ne révèle à peu près rien. Il n'y a d'autre trace de l'opération qu'une cicatrice de la région sacro-coccygienne; cependant le péritoine a été ouvert chez deux des opérés.

Dans les 13 derniers mois, Kuester a pratiqué 16 opérations radicales pour cancer rectal, dont 7 amputations de Lisfranc et 9 résections de Kraske. Les 7 opérations de Lisfranc ont guéri. Des 9 réséqués, 2 ont succombé, l'un au bout de 4 semaines à une pneumonie, l'autre au bout de 11 semaines à un phlegmon. Un 3ᵉ opéré a été emporté depuis lors par une récidive; 2 sont encore en traitement; enfin 4 ont guéri, mais

chez l'un d'eux il y a un peu d'incontinence des matières. Après chaque résection faite suivant la méthode de Kraske, Kuester a suturé l'un à l'autre les deux bouts d'intestin; mais tandis que la suture de la paroi antérieure a toujours résisté, celle de la paroi postérieure a toujours cédé. A l'avenir, Kuester se propose de faire des sutures de détente en argent à cette paroi postérieure et d'essayer en outre de la protéger par un tamponnement prolongé de la grande cavité rétro-rectale.

Von Bergmann n'attribue pas les excellents résultats obtenus par Kuester à la conservation des fonctions sphinctériennes, mais uniquement à la conservation de la peau de toute la région anale qui permet aux opérés de sentir leurs besoins de garde-robes. Pour lui, le progrès essentiel accompli dans le traitement radical du cancer du rectum est le tamponnement iodoformé de toute la plaie. Quant au choix entre l'amputation et la résection, il est dicté par le siège et l'étendue des lésions.

Pour les 48 opérations radicales pratiquées jusqu'à la fin de 1887, Bergmann a presque toujours été forcé de recourir à l'amputation. Le tamponnement consécutif de la plaie est bien plus facile que dans la résection.

J. B.

Contribution à l'étude des ruptures spontanées de la rate, par BARRALLIER (*Archives de médecine, septembre* 1888).

Les cas de rupture spontanée de la rate sont très rares. L'auteur en rapporte deux nouvelles observations, dans lesquelles la rupture eut lieu à la suite de légers accès de fièvre intermittente de première invasion, sur des sujets jeunes et vigoureux. L'autopsie a montré que le péritoine était sain, ce qui s'explique probablement par la rapidité de la mort. L'auteur indique un signe qui peut mettre sur la voie du diagnostic quand la survie est de durée un peu longue. Ce signe consiste dans une teinte ecchymotique localisée à l'abdomen et à la région lombaire. La mort est causée par l'hémorragie ou par la syncope.

Les ruptures de la rate peuvent se produire sans violence extérieure et par le seul fait d'une hyperémie soudaine de l'organe. Cette hyperémie peut être considérée comme l'expression d'un état pernicieux spécial qu'on pourrait nommer « fièvre pernicieuse splénorragique ». RICHARDIÈRE.

I. — Cholécystotomie pour calculs biliaires..., par FREY (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *avril* 1889).

II. — Hydropisie de la vésicule biliaire; cholécystotomie. Incrustation de la muqueuse; guérison, par TERRILLON (*Progrès médical*, 4 *mai* 1889).

III. — Réflexions à propos d'un cas de cholécystotomie, par TERRILLON (*Rev. de chir.*, *p.* 915; 1888).

IV. — Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystotomie. Mort au bout de deux mois par troubles hépatiques, par LATOUCHE (*Ibid.*, *t. XV*, *n°* 3, *p.* 208).

V. — Deux observations de cholécystotomie, par TERRILLON (*Ibid.*, *t. XV*, *n°* 3, *p.* 227).

I. — Il s'agit d'une femme qui avait été atteinte d'ictère en 1887 et qui, l'année suivante, fut prise de vives douleurs dans l'hypochondre droit, où

elle reconnut la présence d'une tumeur. A son entrée à l'hôpital, dans cette région, très douloureuse à la pression, on sent une tumeur de la grosseur d'une pomme, assez dure, non fluctuante, et située à 6 centimètres à droite de la ligne blanche; bien limitée en bas et sur les côtés, elle est mate et d'une mobilité peu prononcée : amaigrissement, constipation et douleurs analogues à celles des coliques hépatiques. En quelques jours ces douleurs devinrent plus vives et la tumeur augmenta de volume, devint fluctuante, et s'accompagna d'ictère avec décoloration des selles. L'état général s'aggravant de jour en jour la laparotomie est décidée. Nombreuses adhérences avec l'épiploon et les intestins; malgré une deuxième incision transversale de la paroi abdominale et la section d'une large adhérence avec l'épiploon, il est impossible de découvrir la situation du canal cholédoque et du duodénum, qui se trouvent profondément fixés par des adhérences très serrées. Après avoir retiré de la vésicule par une ponction 250 grammes d'un liquide incolore, on ouvre la vésicule, dont on extrait 65 calculs : toute tentative de reconnaître la cause de l'obstruction restant vaine, les parois de la vésicule sont suturées à la peau du ventre, l'obstruction persiste, et la malade meurt cachectique deux mois après l'intervention. L'autopsie révèle la présence d'un cancer de la tête du pancréas avec extension au lobe gauche du foie et comprimant le canal cystique et le canal cholédoque. OZENNE.

II. — Mme B..., âgée de 29 ans, a éprouvé en 1886 une poussée de péritonite localisée au creux de l'estomac ; un an après on trouvait en cette région une bosselure saillante; en août 1888, on reconnut nettement l'existence d'une tumeur fluctuante, et la ponction montra qu'il s'agissait d'une dilatation de la vésicule biliaire; il n'y avait eu ni ictère, ni décoloration des selles.

Le 20 août une incision fut pratiquée, qui mit à nu une tumeur sous-péritonéale, contenant 700 grammes de liquide coloré; la poche avait d'étroites adhérences avec l'intestin et l'épiploon, et ne pouvait être détachée ; une incision à la paroi antérieure montra qu'elle était épaisse de près d'un centimètre, qu'elle était incrustée d'une couche irrégulière de sels calcaires, mais qu'il n'y avait pas de calculs; le canal cystique était bouché : des sutures fixèrent l'orifice de la vésicule aux bords de la plaie abdominale; au bout d'un mois il n'y avait plus qu'une fistule longue de 12 à 15 centimètres ; en décembre des injections de teinture d'iode amenèrent le rétrécissement de la fistule, qui était guérie en février. H. L.

III. — Femme de 24 ans. Hydropisie de la vésicule biliaire due à la présence d'un gros calcul dans le canal cystique; symptômes d'amaigrissement rapide. Laparotomie ; ponction de la vésicule, puis ouverture large, ablation difficile d'un calcul enchatonné. Résection d'une partie de la vésicule. Suture à la plaie abdominale. Fistule biliaire consécutive. Guérison et disparition de la fistule deux mois après l'opération.

Terrillon insiste sur l'inefficacité et le danger de la simple ponction aspiratrice. Dans le cas particulier elle n'aurait pu éclairer beaucoup le diagnostic, car le liquide contenu dans la vésicule était limpide et elle n'aurait pu donner qu'un résultat passager; le liquide se serait rapidement reproduit.

Le volume du calcul, son enchatonnement, la profondeur à laquelle il se trouvait par rapport à la plaie abdominale, rendirent l'extraction très pénible. Terrillon eut l'idée de le fragmenter progressivement avec une pince à griffes et de procéder par évidement. C. WALTHER.

IV. — Femme de 42 ans. Une attaque de colique hépatique. Jamais d'ictère. Tumeur volumineuse du flanc droit dépassant un peu l'ombilic sur la ligne médiane. Diagnostic : kyste hydatique. Ponction : 250 grammes de pus jaunâtre.

Laparotomie. Masse grisâtre de fausses membranes anciennes. Poche du kyste se continuant nettement avec le tissu hépatique. Ponction, 150 grammes de pus sanguinolent. Incision. On reconnaît alors la vésicule biliaire à parois épaisses d'un centimètre et demi avec l'aspect d'une vessie à colonnes ; on enlève 84 calculs à angles mousses et de volume variable.

Fixation de la poche aux lèvres de l'incision abdominale; lavage, pansement à la gaze iodoformée.

Etat satisfaisant pendant 3 semaines. Bon état local. Puis état général mauvais, amaigrissement. Mort au bout de 2 mois.

Terrier divise les lésions de la vésicule biliaire en 3 catégories : 1° oblitération avec liquide incolore. Les malades guérissent si les canaux biliaires sont en bon état.

2° Traces d'inflammation de la vésicule. Adhérences anormales compliquant l'intervention, mais guérison possible par incision ou extirpation.

3° Calculs et cholécystite. Il reste une fistule après l'opération, à moins que les accidents soient causés par les calculs seuls.

Le pronostic varie toujours du reste suivant l'état d'altération du foie.

C. WALTHER.

V. — Dans les 2 cas communiqués par Terrillon, le liquide évacué, il fut impossible de songer à enlever la vésicule intimement adhérente aux parties voisines.

Le drainage fut fait largement et les 2 malades guérirent, l'une en 2 mois 1/2, l'autre en 4 mois 1/2, et sont actuellement bien portantes.

Chez la dernière malade persiste une fistule qui indique la persistance du canal cystique. Le canal cholédoque est perméable aussi. La fistule biliaire sera peut-être permanente. C. WALTHER.

I. — Kyste hydatique de la face convexe du foie; incision; résection des parois; guérison, par LECESNE (*Normandie médic.*, 15 *avril* 1889).

II. — Sur le traitement des kystes hydatiques du foie, par L.-G. RICHELOT (*Bullet. et mém. de la Soc. de chir., t. XV, n° 4, p.* 298).

III. — Kyste hydatique suppuré du foie guéri par l'incision du foie en un seul temps, par LEPRÉVOST ; rapport par SEGOND (*Ibid., t. XV, n°* 4, *p.* 279).

IV. — Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie, par G. POTHERAT (*Thèse de Paris, n°* 148 ; 1889).

V. — Kyste hydatique de la rate, guéri à la suite d'une ponction capillaire pratiquée avec la seringue de Pravaz, par LEPRÉVOST ; rapport par SEGOND (*Bull. et mém. de la Soc. de chir., t. XV, n°* 4, *p.* 279).

VI. — Kyste hydatique suppuré de la rate évacué par les bronches, par QUÉNU (*Ibid., t. XV, n°* 4, *p.* 295).

I.— Homme de 35 ans, amaigri, subictérique, présentant dans la région épigastrique une tumeur dont les caractères sont ceux d'un kyste hydatique du foie remontant à une année. Une ponction capillaire retire un verre à bordeaux d'un liquide verdâtre, épais, filant et contenant des globules de pus sans crochets. Quinze jours plus tard laparotomie; le kyste, de couleur grisâtre, est adhérent à la face supérieure et au lobe gauche du foie ; après en avoir retiré, par une ponction, 3 litres et demi de liquide purulent et rempli d'hydatides, on attire au dehors la poche, qui a la forme d'un bissac et qui est très épaisse, et on fait la résection de la portion extra-péritonéale; sutures à la paroi abdominale, lavages antiseptiques. Dans les jours qui suivent, de la

bile pure est évacuée à plusieurs reprises en notable quantité. Trois mois après l'opération, persistance d'un trajet fistuleux. OZENNE.

II. — Richelot apporte à l'appui de la laparotomie dans le traitement des kystes kydatiques du foie 3 observations.

1° Homme déjà opéré par laparotomie pour kyste hydatique ; 6 mois plus tard récidive. Une nouvelle laparotomie conduit non plus sur un kyste, mais sur une accumulation d'hýdatides siégeant dans le foie, dans l'épiploon. Le malade succomba quelques mois plus tard.

2° Fille de 20 ans, tumeur du flanc droit, de diagnostic embarrassant, semblant dépendre du rein ou du foie. Richelot ne fait pas de ponction aspiratrice et pratique la laparotomie. Kyste inclus dans le parenchyme hépatique contenant 300 grammes de liquide clair. Incision, nettoyage, lavage et suture de la poche aux lèvres de l'incision abdominale. La cicatrisation est complète en 2 mois.

3° Femme de 25 ans, tumeur du flanc droit. Laparotomie. Kyste hydatique sans une goutte de liquide, mais absolument rempli de vésicules de toutes dimensions. Même traitement, cicatrisation en 2 mois.

III. — Femme de 46 ans. Diagnostic difficile à cause de la teinte subictérique, des douleurs hépatiques irradiées à l'épaule et de la décoloration des selles. Ponction aspiratrice qui montre l'existence d'une poche purulente.

Laparotomie. Ponction, puis incision du kyste; 2 litres de pus et une grande quantité de vésicules. Large lavage. Fixation de la poche par 10 points de suture. Drainage. C. WALTHER.

IV. — Potherat insiste dans la première partie de ce travail sur les difficultés du diagnostic, qui reste parfois impuissant à différencier des tumeurs de l'épiploon, de la rate, du rein, une ascite, un abcès par congestion, etc. C'est avec les kystes de l'ovaire et les épanchements pleuraux que la confusion est faite le plus souvent ; cette confusion avec le kyste de l'ovaire a été avantageuse, en appelant une intervention chirurgicale efficace ; avec l'épanchement pleural elle a été souvent la cause d'accidents graves parfois mortels, le traitement n'ayant pas répondu à l'indication.

La ponction capillaire exploratrice peut déterminer des accidents : urticaire, suppuration; elle peut ne pas fournir des renseignements; cependant elle peut être employée en l'entourant des plus minutieuses précautions antiseptiques.

L'auto-infection n'existe pas réellement.

L'examen des urines peut fournir des renseignements de grande valeur au point de vue du diagnostic. Potherat a toujours obtenu la réaction des sels biliaires en traitant l'urine par l'acide nitrique.

Le diagnostic de la suppuration est en général facile ; au point de vue du *traitement*, trois méthodes principales :

Ponction simple ou avec injection de sublimé, et large incision répondent à des indications différentes :

a) Kyste non suppuré, sans vésicules filles; la ponction simple pourra être essayée une ou deux fois au maximum. Elle devra être aseptique et évacuatrice. Il vaudra mieux employer la ponction avec injection de sublimé.

b) Kyste non suppuré, vésicules filles nombreuses; on doit préférer aux deux procédés précédents, inefficaces, la large incision.

c) Kyste suppuré. Indication absolue en faveur de l'incision large.

L'ouverture dans les voies aériennes n'est pas une contre-indication.

Le mode d'intervention sanglante varie suivant la situation du kyste.

Kyste antéro-inférieur. Laparotomie antérieure, médiane si la tumeur est très grosse, latérale si elle est d'un volume moyen.

Kyste postéro-inférieur. Incision lombaire.

Kyste antéro-supérieur. Laparotomie latérale, sauf le cas où la tumeur se serait développée exactement sur la ligne médiane. L'énucléation ne doit pas être faite; la résection du tissu du foie peut se faire dans certaines conditions.

Kyste postéro-supérieur. Voie transpleurale. C. WALTHER.

V. — Leprévost diagnostique un kyste hydatique de la rate chez une femme de 26 ans, et pour confirmer le diagnostic retire un centimètre cube de liquide par une ponction avec la seringue de Pravaz. Douze jours après, ponction avec l'aspirateur de Potain sans résultat; réaction inflammatoire vive qui cède en 10 jours. Puis la tumeur diminue spontanément, et quelques mois après il n'en reste plus trace.

Segond attribue la guérison à la réduction inflammatoire provoquée involontairement par la deuxième ponction. C. WALTHER.

VI. — Homme de 37 ans. Kyste hydatique de la rate. Ponction capillaire par Lacombe; 2 litres de liquide clair avec crochets; 3 mois plus tard, vomique abondante de liquide clair avec hydatides; puis vomiques purulentes, répétées.

Opération par Quénu. Incision de 10 centimètres le long de la 9e côte gauche à partir des cartilages costaux. Résection de 10 à 12 centimètres de la 9e côte. Ponction qui reste sèche. Incision d'un tissu fibreux pris pour la plèvre pariétale, donne accès dans une cavité prise aussi pour la cavité pleurale et qui, en réalité, est la cavité purulente sous-diaphragmatique. Agrandissement de l'orifice; résection de la 10e côte. Caillots sanguins, pus, fausses membranes, débris d'hydatides. Nettoyage, injection boriquée; 2 drains; réunion de la plaie.

Le malade quitte l'hôpital 2 mois après, avec un petit trajet fistuleux qui s'est fermé depuis. C. WALTHER.

I. — Diseases of the kidney amenable to surgical treatment (Affections chirurgicales du rein), par D. NEWMANN (1 *vol. in-8°, Londres*, 1888).

II. — Etude sur le rein des urinaires, par J. ALBARRAN (*Thèse de Paris, février* 1889).

III. — Étude sur les rapports du rein et son exploration chirurgicale, par J. RÉCAMIER (*Thèse de Paris, mai* 1889).

IV. — Traitement du rein mobile, par LE CUZIAT (*Thèse de Paris, avril* 1889).

V. — Fistules néphro-cutanées, par M. ROLLIN (*Thèse de Paris, janvier* 1889).

I. — L'ouvrage de Newmann est divisé en six chapitres, dont le premier est consacré aux déplacements, soit permanents, soit temporaires, du rein. Après avoir longuement envisagé l'anatomie descriptive et topographique du rein normal, l'auteur étudie les malformations congénitales et les anomalies de position de cet organe, notamment le rein unique ou en fer à cheval. Puis il distingue le rein mobile du rein flottant, celui-ci étant toujours congénital, mais d'ailleurs impossible à différencier cliniquement de l'autre. Au point de vue du traitement chirurgical, c'est-à-dire en cas d'échec des moyens orthopédiques, toutes les préférences de Newmann sont en faveur de la néphrorraphie, qui ne

donne que 4,3 0/0 de mortalité, tandis que la néphrectomie en fournit 30 0/0.

Le deuxième chapitre est un chapitre de séméiologie, dans lequel sont successivement passées en revue dans tous leurs détails l'hématurie, la pyurie, la douleur et l'augmentation de volume de la région dans les différentes affections du rein (pyélo-néphrite, hydronéphrose, kystes, tumeurs, tuberculose, calculs et traumatismes).

Dans le troisième chapitre, est étudiée l'hydronéphrose congénitale et acquise, dans toutes ses causes ascendantes ou descendantes et dans tous ses symptômes, à marche parfois intermittente. Viennent ensuite les kystes simples et hydatiques et la dégénérescence kystique. Ici, sur 23 néphrotomies, il n'y a pas un seul cas de mort, tandis qu'il y en a 19 sur 46 néphrectomies.

Les affections inflammatoires des reins font l'objet d'un quatrième chapitre, c'est-à-dire la pyélite simple, la pyélo-néphrite calculeuse, la pyonéphrose et la néphrite purulente interstitielle. Les abcès périnéphrétiques forment un corollaire de ce chapitre, dans lequel le traitement chirurgical occupe une large place, notamment la néphro-lithotomie. Celle-ci, pratiquée par la région lombaire dans 42 cas où le calcul rénal ne s'accompagnait pas de suppuration du rein, a donné 42 guérisons; quand il y a pyélo-néphrite suppurée concomitante, l'incision du rein donne par la voie lombaire 31 0/0 de mortalité et par la voie abdominale 75 0/0. Quant à la néphrectomie, ses résultats sont sensiblement les mêmes que ceux de la néphrotomie, dans les nombreuses statistiques que publie Newmann.

Il s'agit, dans le cinquième chapitre, des lésions tuberculeuses et des lésions traumatiques du rein et de l'uretère. Parmi les premières, l'auteur envisage séparément la tuberculose miliaire aiguë, toujours associée à d'autres localisations du bacille infectant, et le rein, qu'il appelle *scrofuleux :* ici, en cas d'intervention, l'avantage semble être en faveur de la néphrotomie, sa mortalité étant de 30 0/0, et celle de la néphrectomie d'un peu plus de 36 0/0. L'une ou l'autre de ces deux opérations, pratiquée dans un cas de traumatisme du rein ou de fistule urinaire, ne fournit qu'une mortalité de 28 0/0.

Enfin, dans un dernier chapitre, Newmann étudie les tumeurs du rein, tant bénignes que malignes. A côté des variétés rares (fibromes, lipomes, ostéomes, adénomes, papillomes, lymphadénomes), prennent place les tumeurs le plus fréquemment rencontrées en clinique, c'est-à-dire les carcinomes et les sarcomes, la néphrectomie donnant dans ces circonstances une mortalité de 55 0/0 environ.

L'ouvrage se termine par un exposé du manuel opératoire des diverses interventions dirigées contre le rein, qu'il s'agisse d'une opération simplement exploratrice (compression et cathétérisme des uretères), ou d'une opération à la fois exploratrice et curatrice (ponction et aspiration du rein), ou enfin d'une opération réellement curatrice, c'est-à-dire la néphrotomie, la néphro-lithotomie, la néphrectomie et la néphrorraphie.

II. — Quand le cours de l'urine est entravé, quel que soit l'obstacle, il existe une période dite aseptique, caractérisée seulement par la dilatation, puis par l'atrophie des canalicules du rein, accompagnée d'un léger degré de sclérose non inflammatoire. Chez les urinaires, on peut

voir des oblitérations aseptiques semblables à celles produites expérimentalement. A un moment donné, le plus souvent par le fait des instruments introduits dans la vessie, des micro-organismes pénètrent dans cette dernière et y pullulent : les lésions deviennent alors infectieuses.

Le microbe qui, en pareil cas, joue le principal rôle est le *bacterium pyogenes*, qu'Albarran a décrit avec Hallé. Dans les expériences faites à cet égard par l'auteur, sur 25 infections, il en a causé 16 : sept fois, il était associé à un bacille, à des microcoques ou au streptocoque pyogène ; deux fois, le streptocoque était seul en cause. Par conséquent, l'infection locale du rein, comme l'infection générale, peut donc être simple, c'est-à-dire produite par une seule espèce de microbes, ou combinée, c'est-à-dire résultant de l'action de plusieurs espèces agissant simultanément.

Pour arriver au rein, les microbes suivent la voie soit ascendante (uretérale), soit descendante (circulatoire) ; mais bien souvent les lésions sont à la fois ascendantes et descendantes. Dans le rein, les micro-organismes se propagent par les canalicules et les espaces lymphatiques ; dans ce dernier cas, ils peuvent sortir du rein et produire des abcès péri-rénaux. Quand les microbes arrivent au rein par la voie ascendante, ils produisent, suivant leur virulence, ou la sclérose simple avec foyers embryonnaires, sans suppuration, ou la néphrite suppurée.

Dans le cas de sclérose latente, même sans polyurie, le diagnostic de la lésion peut être établi par la présence simultanée de trois symptômes : l'albuminurie, généralement légère ; la diminution de l'urée, l'existence de cylindres dans l'urine.

La fièvre urineuse est due à la pénétration des microbes dans le sang et à la réaction de l'organisme ; si celui-ci est affaibli par l'âge ou la cachexie, la fièvre manque ou ne se traduit que par une élévation finale. Toutefois, la virulence plus grande des microbes rend la fièvre plus intense. Dans plus de la moitié des cas de néphrite suppurée suivis de mort, la fièvre manque totalement, en raison de la déchéance de l'organisme habituelle chez un urinaire. La fièvre et la suppuration du rein n'ont pas de rapport de cause à effet ; toutes deux étant dues à l'infection microbienne, elles peuvent cependant coexister.

Quand les microbes s'éliminent par les reins, après avoir été absorbés dans les voies urinaires, ils peuvent ne produire que de la congestion ou des hémorragies dans les cas d'infection foudroyante ; si l'élimination dure plus longtemps, on observe une néphrite diffuse avec prédominance des lésions hémorragiques épithéliales ou diapédétiques. Si l'infection est plus prolongée encore, il se fait une néphrite suppurée due à des embolies microbiennes.

Pendant la période aseptique des urinaires, on doit être sobre d'interventions, quelles qu'elles soient. Pendant la période septique, il faut, préalablement à toute opération sanglante, pratiquer l'examen bactériologique de l'urine et craindre surtout le bacterium pyogenes et le streptocoque. Si ces microbes existent dans l'urine, il est nécessaire de rendre le milieu vésical aseptique autant que possible pendant plusieurs jours avant l'opération ; toute intervention sera très rigoureusement aseptique, et, même pour le simple cathétérisme, on doit s'entourer de

toutes les précautions usitées pour les opérations sanglantes, sous peine de s'exposer à causer la mort des malades.

III. — Des recherches anatomiques de Récamier, relatives aux rapports du rein, il ressort que la percussion postérieure de cet organe, comme moyen d'exploration, ne fournit aucun renseignement précis. Au contraire, la palpation bi-manuelle lombo-abdominale (procédé de Guyon), comprenant la recherche du ballottement rénal, permet au chirurgien d'apprécier nettement l'augmentation de volume, la mobilité et la sensibilité du rein.

Les changements de consistance, la diminution de volume ou l'absence de l'organe ne peuvent être reconnus avec certitude que par une incision exploratrice ; car la ponction est, d'après Récamier, rarement utile au point de vue diagnostique.

C'est l'incision exploratrice par la voie lombaire que préfère l'auteur : il estime qu'elle présente peu de gravité et que c'est par elle que l'on obtient les renseignements les plus précis. Avec l'incision exploratrice par la voie abdominale, l'examen est moins direct et moins complet : aussi cette voie ne semble-t-elle mériter la préférence que si l'on ignore et qu'on veuille savoir quel est le côté atteint.

Enfin, l'incision exploratrice doit être faite le plus tôt possible, quand les signes la justifient ; car, d'après les statistiques de l'auteur, plus elle est précoce, plus elle est utile et moins elle est dangereuse.

IV. — Après avoir répété plusieurs fois avec succès expérimentalement la néphrorraphie d'après le procédé de Tuffier, l'auteur croit que c'est là le meilleur moyen d'obtenir la fixation solide du rein mobile et la disparition définitive des phénomènes douloureux qui accompagnent d'ordinaire ce déplacement. La néphrectomie, qui supprime l'organe ectopié, est loin de donner toujours des résultats opératoires et thérapeutiques satisfaisants ; aussi ne doit-elle être qu'une intervention de nécessité ultime, quand les tentatives de fixation ont échoué, ou quand le rein est retenu dans sa position anormale par des adhérences trop fortes, ou encore s'il est le siège de tumeurs ou d'altérations graves. Quoi qu'il en soit, avant d'intervenir chirurgicalement, on pourra toujours essayer d'un traitement palliatif à l'aide de ceintures et de pelotes réductrices, dont l'usage méthodique et prolongé a parfois fourni des succès durables.

V. — Assez rares autrefois, les fistules néphro-cutanées sont devenues beaucoup plus fréquentes depuis que les interventions chirurgicales sur le rein se sont multipliées. Rollin les divise, d'après leur étiologie, en fistules *traumatiques*, consécutives surtout à une blessure par arme à feu, et en fistules *chirurgicales*, entretenues après la néphrotomie soit par la persistance des altérations inflammatoires du tissu rénal, soit par la présence de calculs oubliés ou reformés dans l'organe, soit enfin par l'oblitération de l'uretère. D'après les statistiques de Bergmann et de Guyon, l'auteur constate que, sur 100 néphrotomies, 22 fois en moyenne il est survenu une fistule, qui 6 ou 7 fois est restée permanente. Enfin, une troisième catégorie comprend les fistules *spontanées*, c'est-à-dire symptomatiques, de suppuration d'origine rénale (affection calculeuse, kystes, tuberculose).

Après avoir envisagé les fistules néphro-cutanées au point de vue de

leur symptomatologie, de leur diagnostic et de leur pronostic, Rollin aborde la question du traitement, et, en raison du peu de gravité de l'affection, il préconise en première ligne le port d'un urinal lombaire. Si les cautérisations n'ont pas réussi à oblitérer le trajet fistuleux et qu'on veuille obtenir la cure radicale de la fistule, c'est à la néphrotomie ou mieux à la néphrectomie, surtout lombaire, qui en pareil cas ne donne qu'une mortalité de 25 0/0, qu'il faut s'adresser. R. JAMIN.

I. — Déchirure du rein. Néphrectomie, par Henry MUDD (*The Americ. j. of the med. sc., p.* 143, *février* 1889).

II. — Fatty tumor, etc. (Tumeur graisseuse de la capsule surrénale), par Henry BYFORD (*Journ. of Americ. med. Assoc., p.* 316, 2 *mars* 1889).

III. — Ablation d'une moitié de rein en fer à cheval, atteinte d'hydronéphrose, par SOCIN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., juin* 1889).

IV. — Urétrite chez un convalescent de fièvre typhoïde, par LEGRAIN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mai* 1889).

I. — Une contusion, sans lésion grave du rein, s'accompagnant d'hémorragie peut simuler facilement une rupture du rein. D'autre part, une rupture du rein peut ne présenter ses symptômes caractéristiques que tardivement. La rupture du péritoine est une très rare complication lorsque le rein est intact.

Les complications à redouter à la suite des blessures du rein sont le choc, la septicémie, la cystite avec extension de l'inflammation au rein du côté opposé et néphrite de l'organe blessé. Le résultat, dans ces deux derniers cas, est une anurie promptement mortelle.

Les incisions et ruptures du rein sans obstruction de l'uretère peuvent facilement guérir ; mais si le rein et l'uretère sont blessés, une incurable fistule en sera le presque inévitable résultat. Avant d'avoir recours à la néphrectomie, dans ces cas, il sera bon de faire primitivement une incision exploratrice pouvant renseigner sur l'état du rein, et de faire le drainage.

Après la néphrectomie le rein du côté opposé compense efficacement son congénère enlevé. Cette compensation est expérimentalement et cliniquement surabondamment démontrée.

C'est à l'incision lombaire qu'il semble préférable d'avoir recours. On peut la transformer en une incision intra-péritonéale en la prolongeant, et dans ce cas donner un accès plus facile qu'avec l'incision sur la ligne médiane.

Sur les trois malades dont Mudd rapporte l'histoire, et ayant subi la néphrectomie, il y eut deux guérisons complètes. F. VERCHÈRE.

II. — S. W..., âgée de 38 ans, voit depuis un an et demi son ventre augmenter de volume, du côté droit et vers le bassin. On fait la laparotomie, le siège de la tumeur étant indéterminé, et on enlève une tumeur graisseuse de la capsule surrénale pesant 20 livres. La tumeur fut énucléée, la capsule suturée et fixée à la paroi abdominale, de manière à rendre extra-péritonéal le lit de la tumeur. Le rein fut enlevé. Guérison. M.

III. — Chez une femme de 47 ans, il existait depuis une trentaine d'années des symptômes d'hydronéphrose intermittente dans l'hypocondre droit. Ce diagnostic parut plus probable à Socin que celui de kyste de l'épiploon ou

du pancréas : il expliquait le siège inaccoutumé de la tumeur vers la ligne médiane et en avant, ainsi que l'absence de contact lombaire, par un déplacement du rein malade. L'opération eut lieu par la voie abdominale : au moment de terminer l'extirpation du rein, on s'aperçut alors seulement que son extrémité inférieure se prolongeait par une sorte de pont large et épais, qui, passant au-devant de la veine cave et de l'aorte, allait se confondre avec le rein gauche. On détache cet isthme de ses adhérences avec les gros vaisseaux, on le sectionne au thermocautère, on parfait l'hémostase par quelques ligatures, puis le moignon est recouvert avec des lambeaux de la capsule suturés entre eux. Drainage abdomino-lombaire. L'opérée sort guérie de l'hôpital le vingt-cinquième jour ; revue quatre mois après, elle était en excellente santé et pouvait se livrer à des travaux pénibles.

IV. — Chez un soldat, hospitalisé depuis six semaines pour une fièvre typhoïde et n'ayant jamais eu la blennorragie, Legrain a vu survenir une urétrite qui bientôt s'est compliquée de cystite et qui finit cependant par guérir au bout de trois semaines, sans qu'on lui eut appliqué aucun traitement. L'examen bactériologique de l'écoulement a été pratiqué à quatre reprises différentes : jamais on n'y a trouvé de gonocoques ni de bacilles typhiques ; par contre, d'autres microbes y pullulaient ; notamment le *micrococcus pyogenes aureus*, qui a pu être cultivé à l'état de pureté. Aucune bactérie n'a été rencontrée dans l'intérieur des globules du pus : ceux-ci étaient beaucoup plus volumineux que dans la blennorragie et contenaient les noyaux moins nombreux, mais très diffluents. Legrain émet l'hypothèse d'une sorte de gangrène de la muqueuse urétrale qui se serait développée ici à la suite de la fièvre typhoïde, comme se produit dans les mêmes conditions la gangrène de la vulve. R. JAMIN.

Ueber Nierenverletzungen (Traumatismes du rein), par Ernst GRAWITZ (*Arch. f. klin. Chir., t. XXXVIII, 2e fasc., p.* 419, 1889).

Grawitz divise son travail en deux parties : 1° blessures sous-cutanées (contusions, déchirures); 2° blessures transcutanées (plaies proprement dites).

1. Blessures sous-cutanées. Aux 90 cas rassemblés par Edler, l'auteur en ajoute 18 nouveaux dont 6 sont encore inédits. Ces 108 cas sont bien loin de représenter la totalité des faits. L'auteur pense que ces blessures du rein sont beaucoup moins rares qu'on ne pense. Un grand nombre guérissent très simplement et ne sont pas publiées. La déchirure du rein est généralement transversale et part du hile. Cette direction de la déchirure tiendrait à ce que le rein primitivement lobulé présenterait une région de moindre résistance par suite d'une réunion imparfaite. Expérimentalement l'auteur n'a jamais pu produire de déchirure sous-cutanée du rein. Le seul symptôme à peu près constant, c'est l'hématurie, qui dure, en général, au moins une à deux semaines. Sur les 108 cas, il y a eu 58 guérisons. Cette guérison peut se faire par première intention ou par seconde intention. La guérison par première intention est de beaucoup la plus fréquente (46 cas). Quelquefois il survient de la suppuration (17 cas, dont 10 guéris). Pour cela il faut une infection microbienne; celle-ci peut se faire soit par le sang, ce qui est la règle, soit peut-être par les lymphatiques de l'intestin, lorsque ce dernier est également blessé. Il peut se produire une guérison complète après suppuration, mais quelquefois il reste une fistule ou une néphrite suppurée. Les cas cas de mort sont au nombre de 50. Mais dans 18 cas, il y avait d'autres

blessures que celles du rein. Si on les retranche, il reste 90 cas avec 32 morts. Soit une mortalité de 35,5 0/0. Ces cas de mort se répartissent de la manière suivante : 14 morts par hémorragie primitive, 8 par hémorragie tardive, 7 par suppuration, 3 par insuffisance de sécrétion urinaire (dans un cas les deux reins avaient été blessés, dans les deux autres il n'y avait qu'un seul rein).

2. Blessures transcutanées. 113 cas, 35 guérisons, 68 morts. Soit une mortalité de 60 0/0. Mais, dans beaucoup de ces cas, la plaie du rein n'avait qu'une importance secondaire : si on les élimine il reste 50 faits, dont 15 étaient encore accompagnés de complications. Il n'y a donc que 35 blessures du rein pures. Les complications consistent en blessures simultanées du foie, de la rate, du pancréas ou de l'intestin. L'hémorragie peut se faire par l'uretère ou par la plaie. L'écoulement de l'urine par la plaie s'observe quand le bassinet a été atteint, ou bien quand la suppuration a perforé le rein jusqu'aux calices. La suppuration a été observée dans presque tous les cas. La guérison met d'ordinaire plusieurs mois à se faire. Dans deux cas, il a subsisté après la guérison des douleurs violentes et des hématuries périodiques. La mort a été amenée par hémorragie primitive (1 cas), par hémorragie tardive (1 cas), par la suppuration (8 cas); reste un cas (cause de la mort inconnue). On voit que la suppuration est la cause de mort de beaucoup la plus fréquente. Aussi l'auteur recommande-t-il à propos du traitement d'éviter le cathétérisme de la vessie, même lorsque des caillots amènent la rétention. Il pense que le cathétérisme rend peu de service et que, par contre, il expose grandement à l'infection, qui peut gagner le rein par l'uretère.

PIERRE DELBET.

I. — Ueber degenerative Einwirkungen unserer üblichen Antimykotica... (Des dégénérescences produites par nos désinfectants habituels dans les organes parenchymateux, eu égard surtout aux opérations portant sur les reins), par E. SENGER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 22, *p.* 450, 28 *mai, et* n° 24, *p.* 490, 11 *juin* 1888).

II. — Fall von partieller Resection der Symphyse wegen tiefliegender Blasenfistel (Résection partielle de la symphyse pour fistule vésicale déclive), par SONNENBURG (*Berlin. klin. Woch.*, n° 5, *p.* 102, 4 *février* 1889).

III. — Wider die Nephrectomie bei Wanderniere (La néphrotomie est bien préférable à la néphrectomie en cas de rein mobile), par W. HAGER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2, *p.* 33, 14 *janvier* 1889).

IV. — Ueber acute Parenchymdegeneration der zurückgebliebenen Niere in einem Fall von Nierenextirpation (Dégénérescence aiguë du rein laissé en place après la néphrectomie), par E. FRÆNKEL (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, *p.* 985, 1888).

I. — Un certain nombre de morts consécutives à l'extirpation d'un rein ou même à une simple néphrotomie sont mises, faute d'explication plausible, soit sur l'insuffisance fonctionnelle du rein restant, soit sur une anurie réflexe. Les malades succombent en effet au milieu de phénomènes rappelant l'urémie. Mais c'est aux effets destructeurs exercés sur le parenchyme rénal par les antiseptiques que Senger impute ces acci-

dents. Il s'est en effet assuré par des expériences sur les souris et les lapins que des doses de sublimé, d'iodoforme, d'acides phénique, salicylique ou borique (ces corps sont rangés suivant leur toxicité décroissante) insuffisantes pour troubler d'une façon notable la santé générale de ces animaux, provoquent une dégénération considérable de l'épithélium des reins et de l'intestin; il existe même une sorte de balancement entre les lésions rénales et intestinales. On rencontre également assez souvent de la dégénérescence des cellules hépatiques et du myocarde. Or la structure des organes humains est infiniment plus délicate que celle des lapins.

La conclusion pratique qu'on doit tirer de ces expériences, c'est que, dans toutes les opérations portant sur le rein, on doit désinfecter rigoureusement la salle d'opérations, les instruments, etc., la peau du malade dont le pouvoir d'absorption est insignifiant, sinon nul, mais mettre de côté tout antiseptique dès les premières incisions.

A cet égard, Senger ne saurait approuver la tendance consistant à rechercher des désinfectants d'une action de plus en plus énergique et d'une facile absorption. Il n'est donc pas partisan des solutions acides de sublimé. Pour lui, le désinfectant idéal d'une plaie est celui qui n'agit que localement.

Il conclut à ne se servir dans les opérations portant sur les cavités thoracique et abdominale que d'eau stérilisée pure ou additionnée d'une solution de sel marin à 5 0/0. J. B.

II. — Homme auquel Sonnenburg avait fait en avril 1882 la taille sus-pubienne qui laissa à sa suite une fistule périvésicale opiniâtrément rebelle. Au commencement de 1887, le malade s'aperçut qu'il s'écoulait de l'urine par cette fistule qui traversait l'espace prévésical. Des débridements répétés, non plus que la dilatation, ne réussirent à l'obturer. En avril 1888, Sonnenburg se décida à pratiquer une résection partielle de la symphyse pubienne, afin d'arriver plus facilement jusqu'au trajet fistuleux, placé dans un tissu cicatriciel et fortement rétracté derrière la symphyse.

Après avoir enlevé le tissu cicatriciel et avivé l'orifice vésical, Sonnenburg sutura la fistule, qui nécessita encore plusieurs cautérisations ultérieures avant de se fermer définitivement.

Dans la discussion, Langenbuch déclare avoir eu, il y a quelques semaines, l'occasion, à propos d'une taille hypogastrique, d'élargir l'arcade pubienne en réséquant à la partie inférieure de la symphyse un fragment osseux horizontal semi-circulaire.

Il s'agissait d'un rétrécissement de l'urètre pour lequel il avait fait la taille médiane. Ne pouvant trouver le bout vésical, il pratiqua aussitôt la taille suspubienne avec résection de la partie inférieure de l'arcade. Il put ainsi ouvrir la vessie au-dessus de son abouchement avec l'urètre et faire le cathétérisme par l'intérieur de la vessie. L'opéré est parfaitement guéri. J. B.

III. — Hager a essayé le traitement par bandage chez 22 malades ayant un rein flottant ; il n'a obtenu de succès que chez les trois femmes ayant un ventre pendant.

Quant au traitement chirurgical, on hésite encore entre la néphrorrhaphie et l'extirpation du rein. La statistique la plus récente, celle de Lindner (*Ueber Wanderniere der Frauen* 1888) signale 36 cas de néphrectomie et 29 de néphrorrhaphie. Lindner se prononce pour l'ablation

du rein comme donnant des résultats certains, sans être beaucoup plus dangereuse que la néphrorraphie.

Le fait suivant rapporté par Hager peut pourtant être mis au passif de la néphrectomie.

Fille de 22 ans chez laquelle le rein droit est devenu mobile à la suite d'un traumatisme. La malade, jusque-là bien portante, fut prise de paroxysmes douloureux avec convulsions tétaniformes, de nausées, vomissements et dysurie; anémie et émaciation extrêmes, urines normales. Pas de soulagement par un bandage. Néphrectomie par l'incision du flanc de Czerny. Le rein extirpé était sain. Le soir, violentes douleurs et vomissements répétés. Dans la nuit, hémorragie énorme par la plaie; l'opérée demeure sans connaissance toute la journée suivante; miction peu abondante et douloureuse, vomissements encore persistants.

Les crises douloureuses ne se reproduisirent pas, mais la malade se plaignait toujours de besoins fréquents et douloureux de miction ; les urines restaient normales.

Moins de trois mois après l'ablation du rein droit, l'opérée accusait une douleur sourde dans le flanc gauche et l'épigastre, et la miction était toujours douloureuse. Il lui était impossible de quitter le lit sans éprouver des vertiges et des lipothymies. Hager ne tarda pas à reconnaître que le rein gauche était devenu mobile. La femme rendait un grand nombre de petits calculs dans les urines qui diminuaient de plus en plus de quantité, en même temps que reparaissaient nausées et vomissements.

Néphrorraphie qui ne permet pas de reconnaître de calculs dans le bassinet. La malade continue à rendre dans les urines une masse de calculs minuscules. Par intervalles, elle a de l'anurie et de l'urémie.

Hager n'hésite pas à incriminer l'ablation du rein droit d'avoir amené le déplacement et la lithiase du rein gauche. Lindner avait déjà signalé ce danger de la néphrectomie, et Hager se prononce résolument en faveur de la néphrorraphie, qui est à l'abri de ces inconvénients, si elle ne garantit pas contre les récidives. J. B.

IV. — L'auteur a examiné les organes d'une jeune fille à qui Schede a extirpé l'un des reins pour une pyonéphrose, et qui, après avoir donné de grandes espérances au chirurgien, a succombé le troisième jour d'une façon inopinée.

Cœur pâle, sans dégénérescence graisseuse.

Rein anémié, surtout dans la substance corticale, mais sans altération appréciable à l'œil nu. Au microscope, on trouve dans les canaux contournés une tuméfaction des cellules épithéliales qui, sur certains points, aboutit à l'oblitération complète de la lumière de ces canaux ; noyau à peine visible, non colorable par les réactifs. Pas de lésion des glomérules, des éléments de la substance médullaire des vaisseaux.

Il s'agit donc là, d'après l'auteur, d'une nécrose de coagulation analogue à celle des néphrites toxiques. Peut-être serait-elle due à l'action des antiseptiques employés pour l'opération et pour le pansement ? L. GALLIARD

Die Wanderniere. Statistische Untersuchungen über deren Etiologie (**Étiologie du rein mobile basée sur la statistique**), par **C. SCHUETZE** (*Berlin*, 1888).

L'auteur a réuni 474 observations de rein mobile; les 100 les plus détaillées lui ont servi à étudier les conditions étiologiques de cette affection, et voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

La distribution géographique du rein mobile est plus régulière qu'on ne l'a dit.

L'enfance n'en est pas exempte : huit cas, probablement congénitaux, chez des enfants au-dessous de 10 ans (dont 1 âgé de 6 mois.)

Les 474 observations concernent 405 femmes (85 0/0) et 69 hommes (15 0/0).

Sur les 100 observations détaillées, on en compte 65 dans lesquelles le rein mobile était le droit, 18 dans lesquelles c'était le gauche et 14 où c'étaient les deux.

Au point de vue étiologique, l'influence des fonctions génitales (menstruation, accouchements, avortements) est prépondérante, de même que celle des affections utérines (34 sur 80 femmes).

Seize fois, l'affection remontait à un traumatisme. J. B.

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par sir Henry THOMPSON traduites par R. JAMIN (*Un vol. in*-8, *Paris*, 1889).

Ce volume, traduit par R. Jamin sur la huitième édition anglaise renferme trente-deux leçons, au lieu de vingt-quatre contenues dans la précédente traduction française (1881).

Les principales additions de ce nouveau volume portent sur : 1° la cystotomie sus-pubienne, aussi bien pour les tumeurs que pour les calculs de la vessie, opération que Thompson pratique aujourd'hui couramment, alors que naguère encore il préférait l'ablation par le périnée; 2° les résultats de l'exploration digitale de la vessie par l'urètre membraneux incisé ; 3° les procédés les plus récents d'intervention palliative chez les malades atteints d'affection prostatique grave, notamment le drainage de la vessie par une fistule permanente établie et maintenue au périnée, ou mieux à l'hypogastre ; 4° les dernières opérations dirigées contre les tumeurs vésicales, avec le résumé de tous les cas de ce genre observés par l'auteur depuis sa dernière publication sur ce sujet (*R. S. M.*, XXVI, 278); 5° les résultats de la pratique tout entière de Thompson, relative aux opérations de calculs vésicaux jusqu'à la fin de l'année 1886 et portant sur 900 cas environ. C'est presque exclusivement la lithotritie en une seule séance qu'emploie l'auteur en se servant pour l'évacuation immédiate et complète des fragments d'un aspirateur qu'il a récemment perfectionné.

Notons encore, dans la partie de l'ouvrage qui traite des calculs de la vessie, une leçon nouvelle sur l'hygiène générale et l'alimentation des calculeux, dans le but de prévenir la formation ou la reproduction de la pierre chez les individus qui y sont prédisposés. Enfin, l'ouvrage a été tenu au courant de la science, particulièrement en ce qui concerne la chirurgie rénale, les endoscopes électriques de la vessie dernièrement imaginés (cystoscopes) et du traitement chirurgical des rétrécissements de l'urètre. A. C.

I. — La portion pelvienne des uretères chez la femme, par PANTALONI (*Thèse de Paris*, 1888).

II. — De la dilatation de l'urètre chez la femme, par ESTRABAUD (*Thèse de Paris, janvier* 1889).

III. — Du prolapsus de la muqueuse urétrale par le méat chez la femme, par F. VILLAR (*France médicale*, 4, 6 *et* 8 *décembre* 1888).

IV. — Tumeurs vasculaires polypoïdes du méat urinaire chez la femme, par A. JONDEAU (*Thèse de Paris*, 1888).

V. — Du cancer primitif du méat urinaire chez la femme, par SOULLIER (*Thèse de Paris*, *avril* 1889).

I. — Étudiant les rapports anatomiques des uretères dans leur portion pelvienne chez la femme, Pantaloni constate d'abord que, l'utérus étant dans sa situation normale, la palpation de ces conduits peut être pratiquée : 1° audevant de la symphyse sacro-iliaque, au point indiqué par Pérez (*R. S. M.*, XXXIII, 640) ; 2° sur le cul-de-sac latéral, puis antérieur du vagin, par le procédé de Sänger.

Quand l'utérus est abaissé comme pour l'hystérectomie vaginale, les rapports deviennent d'autant plus intimes entre l'uretère et la matrice que celle-ci est plus attirée en bas. La blessure de l'uretère est moins à craindre lorsqu'on incise le ligament large que lorsqu'on pratique l'ouverture et l'hémostase du cul-de-sac antéro-latéral. Aussi, comme déductions chirurgicales de ses recherches anatomiques, Pantaloni indique avec soin ce que doivent être les lignes d'incision : dans le cas de collections péri-utérines on intervient par la voie vaginale ; pour une tumeur anti-utérine, incision transversale sur la ligne médiane de 4 centimètres environ ; pour une tumeur rétro-utérine, incision verticale d'avant en arrière et de longueur variable ; pour une tumeur latérale, incision oblique et en dehors, le plus possible en arrière.

Enfin, lorsque l'utérus est élevé, chez une femme à terme par exemple, les rapports des uretères et de la matrice changent encore. Si donc l'on veut faire dans ces conditions la laparo-élytrotomie, il faut pratiquer l'incision vaginale au-dessus de l'uretère, c'est-à-dire le plus près possible de l'insertion du vagin sur le col utérin.

II. — Quand la vessie d'une femme contient un calcul ou un corps étranger dont on veut pratiquer l'extraction par les voies naturelles, c'est à la dilatation rapide de l'urètre, sous chloroforme, qu'il faut recourir : c'est là une opération simple, facile et sans danger, et Estrabaud le démontre en s'appuyant sur un grand nombre d'observations. Toutefois, l'auteur croit que, chez la femme adulte, il ne serait pas toujours prudent de porter la dilatation au delà d'un diamètre de 2 centimètres. Dans les cas où il existe des lésions inflammatoires graves des voies urinaires ou des organes voisins, la dilatation de l'urètre accompagnée de manœuvres prolongées dans la vessie, telles que le concassement d'une pierre, lui semble contre-indiquée.

III. — Il existe pour Villar un prolapsus idiopathique, c'est-à-dire une simple hernie de la muqueuse urétrale à travers l'orifice du méat, indépendante de toute autre lésion de cette membrane, et cette affection s'observerait principalement chez les petites filles plus ou moins débilitées. La dysurie, qui se manifeste dans ces cas, semble être plutôt un effet qu'une cause du prolapsus. Quant au traitement, on peut, au début, tenter la réduction par des applications astringentes, des cautérisations, le cathétérisme répété, la sonde à demeure. Plus tard on a le choix entre trois méthodes opératoires : 1° l'excision aux ciseaux des parties prolabées, qui peut être combinée avec la cautérisation et ne détermine jamais de rétrécissements consécutifs ; 2° la ligature simple de la tumeur mu-

queuse sur une sonde introduite dans l'urètre; 3° la double ligature de soie. Gaillard Thomas préfère enserrer avec l'anse galvano-caustique la muqueuse attirée en bas. On laisse une sonde à demeure dans la vessie pendant les quelques jours qui suivent, s'il est nécessaire.

IV. — A l'aide de trente observations, dont plusieurs personnelles, Jondeau établit l'histoire des polypes urétraux chez la femme, et il montre que ces tumeurs de nature vasculaire et de forme polypoïde siègent le plus souvent près du méat et, quoique pouvant se montrer à tous les âges, se développent surtout chez les adultes. Les inflammations antérieures des voies génito-urinaires, quelle qu'en soit la cause, semblent favoriser leur production. Leur principal symptôme est la douleur qui, par ses irradiations vers la vessie, le vagin et l'utérus, peut simuler d'autres affections (cystite, vaginisme, métrite); en outre les hémorragies sont habituellement fréquentes. Quant au traitement, il est surtout chirurgical, l'excision suivie de la cautérisation étant le meilleur moyen de prévenir le retour de cette affection, qui récidive facilement.

V. — Affection rare d'une manière générale, le cancer primitif du méat urinaire a été rencontré par Soullier, principalement après la ménopause, chez des femmes de 45 à 60 ans : il lui a semblé appartenir presque toujours à la variété épithéliale pavimenteuse ou cylindrique. Débutant d'une façon lente et insidieuse, cette affection ne se traduit tout d'abord que par du prurit vulvaire, des hémorragies, des phénomènes douloureux au moment de la miction et du coït; sa marche paraît assez uniforme. Limité primitivement au méat, le cancer ne tarde pas à s'étendre le long du tissu péri-urétral et à envahir les régions voisines.

Dans son travail, Soullier établit ensuite les données qui permettent de poser un diagnostic entre le cancer du méat et les autres tumeurs ou ulcérations de la vulve, telles que les papillomes, les hypertrophies folliculeuses, les chancres mous et indurés, les lésions tertiaires de la syphilis, le lupus et les ulcérations tuberculeuses. Enfin, si les lésions sont suffisamment limitées, une ablation aussi large et aussi hâtive que possible, soit au bistouri, soit au thermocautère, met souvent les malades à l'abri d'une récidive, ainsi que le démontrent plusieurs observations qui accompagnent ce travail. R. JAMIN.

Etiologie des urétrites non blennorragiques, par LEGRAIN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., juin* 1889).

Des recherches de Legrain, il ressort qu'on rencontre parfois les urétrites simples, survenant en l'absence de tout rapport sexuel ou après un coït avec une femme indemne de blennorragie. Se comportant souvent comme cette dernière au point de vue clinique, ces urétrites s'accompagnent d'un écoulement qui ne contient pas de gonocoques, mais qui renferme d'autres micro-organismes en grande abondance. S'il y a eu coït, on peut admettre que ces micrococques habitaient primitivement le vagin et qu'ils ont pénétré dans l'urètre de l'homme au moment du rapprochement. S'il n'y a pas eu coït, on doit supposer que ces microbes pyogènes existaient à l'état latent sur la muqueuse urétrale. Une cause banale quelconque, venant irriter le canal (instruments introduits, liquides ingérés, etc...), leur permet de pénétrer dans l'épithélium et de produire un écoulement. R. JAMIN.

I. — Antisepsie de l'urètre et de la vessie, par LAVAUX (*Archives de médecine, novembre* 1888).

II. — Du lavage de la vessie sans sonde, par LE MÊME (*Thèse de Paris*, 1888).

III. — Lavage de la vessie par la voie sus-pubienne, par BERLIN (*Ann. des mal. des org. gén. urin., juillet* 1889).

IV. — Cystite tuberculeuse traitée avec succès par la taille hypogastrique, la cautérisation et le raclage, par J. L. REVERDIN (*Ann. des mal. des org. gén. urin., mai-juin* 1889).

I et II. — Le lavage continu de l'urètre antérieur et les injections intra-vésicales constituent un moyen simple et inoffensif de faire l'antisepsie complète de l'urètre et de la vessie. Ce moyen est applicable au traitement de la plupart des rétrécissements urétraux. Grâce à cette antisepsie complète et à l'action antiphlogistique des injections vésicales chaudes faites sans sonde, les complications dues à la dilatation rapide sont rares. Dans le traitement des rétrécissements simples et facilement dilatables, la dilatation rapide doit être substituée en général à la dilatation temporaire lente qui n'a plus guère sa raison d'être.

Les injections intra-vésicales faites sans sonde suffisent pour entretenir le calibre de l'urètre dilaté.

Les indications de l'urétrotomie interne deviennent extrêmement restreintes.

Le lavage continu de l'urètre antérieur et les injections vésicales sans sonde, en permettant de faire une antisepsie complète de l'urètre et de la vessie, doivent rendre la divulsion et l'urétrotomie interne beaucoup moins graves. RICHARDIÈRE.

III. — Un homme de 36 ans, porteur d'un rétrécissement urétral infranchissable, présentait un état général des plus graves avec rétention d'urine presque absolue. Après de nombreuses tentatives de cathétérisme restées infructueuses, Berlin fait par l'hypogastre la ponction aspiratrice capillaire de la vessie surdistendue et retire un litre d'urine putrilagineuse. Une nouvelle ponction, répétée quelques heures plus tard, n'améliore pas la situation, qui au contraire semble s'aggraver surtout comme état général. Enfin, le lendemain, après avoir évacué dans une troisième ponction encore un litre d'urine aussi fétide, le chirurgien, laissant en place le petit trocart de l'appareil Potain, qui lui a servi pour la ponction, injecte par cet instrument dans la vessie 500 grammes de solution boriquée tiède à 4 0/0. Puis, faisant de nouveau le vide, il retire 1,000 grammes de liquide (urine et solution boriquée), et ainsi de suite, à plusieurs reprises, jusqu'à ce que le liquide aspiré revienne limpide et incolore. Cette opération est répétée plusieurs fois; peu à peu, les accidents inquiétants du début disparaissent. Enfin, le rétrécissement s'étant laissé franchir au bout de quelques jours, des bougies à demeure d'abord, bientôt remplacées par des sondes, assurent l'évacuation régulière de la vessie, et la dilatation achève la guérison.

IV. — A l'exemple de Guyon, d'Iversen, de Trendelenburg, etc., Reverdin (de Genève) a ouvert par l'hypogastre la vessie d'un jeune homme de 20 ans, atteint de cystite tuberculeuse pour aller racler et cautériser les granulations et ulcérations qu'il a rencontrées : une épididymite tuberculeuse, dont le malade était affecté depuis plusieurs années, n'a pas semblé au chirurgien devoir contre-indiquer l'intervention. Après l'opération, la vessie a été laissée drainée et ouverte pendant un mois, les lèvres de la plaie vésicale

ayant été suturées à celle de la plaie abdominale. Une petite fistule hypogastrique, qui avait persisté après l'ablation des drains, a été oblitérée par une opération plastique ultérieure. Malgré l'incision d'un vaste abcès périnéphrétique quinze mois après la taille sus-pubienne (celle-ci avait eu lieu en janvier 1887), l'état général est resté très satisfaisant, et le jeune opéré est fort, musclé et vigoureux. Actuellement, la miction ne s'effectue plus que toutes les deux heures, sans douleur, sans besoin pressant ; l'urine ne contient plus ni sang ni bacille de Koch. R. JAMIN.

I. — Transformation fibreuse des tissus périprostatiques, par KIRMISSON et DESNOS (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *février* 1889).

II. — Prostatisme et athérome artériel chez un homme jeune, par RÉCAMIER (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *février* 1889).

I. — Chez quatre malades, Kirmisson et Desnos ont constaté une transformation fibreuse de la prostate et des tissus péri-prostatiques, à la suite de suppurations chroniques de cette glande consécutives, soit à des lésions tuberculeuses, soit à des altérations graves de l'appareil urinaire (rétrécissements anciens et étroits), soit à l'évacuation incomplète d'abcès chauds. L'épaississement hypertrophique des tissus rétro-prostatiques détermine parfois la production de brides fibreuses qui, faisant saillie dans le rectum, donnent naissance à un véritable rétrécissement de l'organe. Cette conséquence des suppurations longtemps prolongées de la prostate n'avait pas encore été signalée.

II. — Un homme de 40 ans, alcoolique, a commencé à avoir des mictions difficiles et fréquentes (toutes les heures, nuit comme jour) à l'âge de 36 ans. Peu à peu cette dysurie s'est accentuée, et actuellement il y a de l'incontinence nocturne pendant le sommeil. A l'examen : vessie surdistendue et ne laissant écouler son contenu que par regorgement; prostate très développée, dure et uniformément volumineuse ; urètre non rétréci (bougie n° 19) ; cathétérisme seulement possible avec une sonde munie d'un mandrin coudé, en raison de l'énorme saillie prostatique. On laisse d'abord la sonde à demeure, puis le malade se cathétérise régulièrement, et son état général, très inquiétant au début, devient excellent.

Cette précocité du prostatisme, chez un homme âgé de moins de 40 ans, s'explique par ses habitudes alcooliques ayant déterminé une sénilité prématurée et, notamment, un athérome artériel généralisé; Launois a, en effet, démontré que l'hypertrophie prostatique n'est en somme que de l'artério-sclérose. R. JAMIN.

Incontinence d'urine chez une jeune fille guérie par l'électrisation de l'urètre, par R. JAMIN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *juin* 1889).

Jeune fille de 16 ans, menstruée, urine au lit toutes les nuits depuis son enfance ; aucun antécédent nerveux personnel ni héréditaire. On essaye en vain la belladone, l'hydrothérapie, les toniques, etc.; pendant plusieurs mois l'incontinence nocturne persiste, quoiqu'un peu moins régulière. C'est alors qu'on commence la faradisation de l'urètre, en faisant des séances courtes (4 à 5 minutes), de faible intensité et répétées deux ou trois fois la semaine; sans pouvoir localiser comme dans le sexe masculin l'action du courant à la seule portion membraneuse, on électrise tout l'urètre. Au bout d'une dizaine de séances, l'incontinence avait définitivement disparu et ne s'est plus reproduite ultérieurement. A. C.

Eine neue Operation zur Heilung der Incontinentia urinæ (Nouvelle opération pour la cure de l'incontinence de l'urine), par GERSUNY (*Cent. f. Chir.*, n° 25, *p.* 434, 1889).

Le but de cette nouvelle opération est de remplacer le sphincter absent ou incapable de fonctionner par une occlusion élastique de l'urètre. Elle consiste à disséquer l'urètre et à le tordre sur lui-même suivant son grand axe. L'auteur a appliqué cette méthode sur une jeune fille qui avait déjà subi sans succès l'opération de Pawlik. Il dut avant d'obtenir un résultat satisfaisant recommencer trois fois l'opération. Au bout de ces trois fois l'urètre était tordu de 450 degrés, un tour et un quart. Il y eut d'abord une rétention d'urine complète. Peu à peu l'état s'améliora, et environ quatre mois après la dernière opération, la malade pouvait garder ses urines pendant cinq heures; elle en émettait alors un demi-litre : la miction durait quatre minutes. La principale difficulté de l'opération est d'apprécier quand le degré de torsion est suffisant. L'auteur pense qu'il faut tordre l'urètre, jusqu'à ce qu'un mince cathéter éprouve une certaine résistance à passer. Pour appliquer ce procédé chez l'homme, il faudrait sectionner l'urètre derrière le bulbe, disséquer le bout central, le tordre, puis le suturer au bout périphérique.

PIERRE DELBET.

Traitement chirurgical de l'exstrophie vésicale, par A. POUSSON (*Un vol. in-8, Paris*, 1889).

Le travail de Pousson est divisé en trois parties. La première est consacrée à l'étude historique et critique des méthodes et procédés opératoires imaginés contre l'exstrophie vésicale, que l'auteur range en trois groupes principaux :

1° *Dérivation de l'urine.* — Deux méthodes : l'une qui abouche les uretères dans l'intestin et conserve la vessie, l'autre qui fixe ces conduits à la paroi abdominale et extirpe la vessie exstrophiée. La première comprend des procédés ingénieux, mais presque irréalisables sans une antisepsie parfaite, tels que l'établissement d'une fistule bi-muqueuse uretéro-rectale (Simon), la tunnellisation du périnée faisant communiquer l'uretère et le rectum (Holmes), la fistulisation vésico-rectale (Lloyd). La seconde, inspirée par les expériences de Glück et Zeller sur les chiens, a été employée trois fois et avec succès par Sonnenburg.

2° *Suture directe des deux marges de la vessie.* — Ici encore, deux catégories de procédés : 1° l'affrontement pur et simple des marges du réservoir, difficilement réalisable quand les pubis sont quelque peu écartés et que la paroi postérieure est peu saillante (tentative malheureuse de Gerdy, essai de Rigaud, heureuse opération de Hall C. Wyman); 2° l'affrontement après rapprochement des pubis, conçu par Dubois et Dupuytren, recommandé par Passavant, récemment mis en pratique par Trendelenburg, mais possible seulement chez les tout jeunes enfants, à moins de courir le risque des plus grands désordres, ainsi qu'a pu s'en assurer expérimentalement l'auteur.

3° *Autoplastie.* — Elle comprend un nombre infini de procédés dont Pousson établit une classification raisonnée en deux groupes d'opéra-

tions : 1° celles qui s'adressent principalement, sinon exclusivement, à l'exstrophie ; 2° celles qui visent à la fois l'exstrophie et l'épispadias. Au premier groupe appartiennent : *a*) les procédés à simple plan de lambeaux, soit uniques (périnéo-scrotal de Roux, latéral inguinal d'Hirschberg), soit multiples (latéraux inguinaux rabattus en volets de Pancoast, inguinaux de Thiersch) ; et *b*) les procédés à double plan de lambeaux, très nombreux, dont le plus connu et le plus employé est celui de Wood, consistant en un lambeau abdominal rabattu sur l'exstrophie et recouvert par deux lambeaux inguinaux inversés. Le second groupe comprend, chez l'homme, le procédé de Le Fort, qui utilise le prépuce pour pallier plus ou moins l'épispadias, et chez la femme, celui de Greig Smith et de Richelot, qui utilise les grandes lèvres exubérantes pour la réfection de l'urètre.

Appréciant ensuite les résultats des 95 opérations pratiquées jusqu'à ce jour (dont une personnelle à l'auteur), Pousson constate que la mortalité opératoire est de 8 sur 95, dont 30 0/0 pour les méthodes de dérivation de l'urine, 6,33 0/0 pour les méthodes autoplastiques, et 0 0/0 pour celles qui se basent sur le rapprochement du pubis. Ces dernières ne doivent être tentées que si elles ne réclament pas des opérations préliminaires dangereuses et si les marges de la vessie peuvent être suturées sans peine; elles arrivent à rétablir anatomiquement la vessie, mais non physiologiquement. Quant à la dérivation de l'urine dans l'intestin, elle expose à des entérites graves, sinon mortelles; l'abouchement des uretères à la paroi abdominale ne met pas le malade dans de bien meilleures conditions qu'avant l'opération. La méthode autoplastique est donc préférable, surtout par le procédé à double plan de lambeaux, s'adressant à la fois à l'exstrophie et à l'épispadias. La réfection de la vessie approche ainsi de la perfection, mais il est à peu près impossible d'obtenir le fonctionnement de l'organe comme réservoir soumis à la volonté. Quant à la restauration des organes copulateurs, aussi bien mâles que femelles, elle est fort improbable.

L'auteur, dans ses derniers chapitres, justifie l'intervention chirurgicale, dont il pose les indications et contre-indications, et il termine en résumant les 95 observations (y compris la sienne) publiées jusqu'à l'heure actuelle. R. JAMIN.

Restauration de la cavité vésicale et du canal de l'urètre par la méthode autoplastique chez une petite fille atteinte d'exstrophie de la vessie, par Paul BERGER (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 2 *juillet* 1889).

Berger a appliqué l'opération de Le Fort, la réparation autoplastique par temps successifs, à une petite fille de 7 ans, atteinte d'exstrophie complète de la vessie, avec saillie de la surface vésicale et disjonction du pubis. Dans un premier temps, il s'est servi de la gouttière périnéale, commençant au niveau du point où devait se trouver normalement le col de la vessie et aboutissant à l'anus, pour constituer un canal urétral : cette transformation a eu lieu au moyen de deux lambeaux, l'un taillé sur une des grandes lèvres et tournant sa face épidermique vers la gouttière, et l'autre taillé sur la grande lèvre opposée, venant par sa face saignante se fixer sur la face cruentée du premier.

Un mois après cette opération, il pratiquait le recouvrement de la surface vésicale, aboutissant au canal précédent; ce deuxième temps était accompli par l'application de deux lambeaux; l'un venait recouvrir, par sa face épidermique, toute la surface de l'extrophie, à la circonférence de laquelle il était suturé; quant à l'autre, il fut appliqué sur la face cruentée du premier; une cavité vésicale était ainsi constituée et en continuité avec le canal urétral; la réunion ayant échoué sur certains points, on dut recourir à une série d'opérations pour oblitérer les trajets fistuleux. Malgré plusieurs poussées de syphilides qui cédèrent au traitement, le but poursuivi fut atteint; une cavité close, servant de vessie, fut constituée; mais, au point de vue physiologique, il faut ajouter qu'il existe une incontinence d'urine et qu'il y a persistance d'une cystite chronique, bien qu'elle se soit amoindrie. OZENNE.

Valeur de l'intervention chirurgicale dans le traitement des tumeurs de la vessie, par A. POUSSON (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mars-avril* 1889).

198 observations, dépouillées par Pousson, lui permettent de démontrer d'abord la bénignité de l'intervention chirurgicale dans le traitement des tumeurs de la vessie, puisque, en appréciant correctement les causes de l'issue fatale post-opératoire, on voit que la mortalité est seulement 11,9 0/0 chez l'homme et de 5,55 0/0 chez la femme. Quant au procédé à employer, l'auteur préfère de beaucoup à la voie périnéale (taille ou boutonnière) la voie hypogastrique, qui, d'abord préconisée en France et en Allemagne, tend à être adoptée aujourd'hui en Angleterre. Cette voie semble même la plus pratique pour la résection *de dedans en dehors* de la paroi vésicale infiltrée, comme l'ont faite Bazy et Guyon, contrairement au procédé de Geza von Antal, qui résèque *de dehors en dedans*. La question de l'extirpation complète du réservoir dégénéré est discutée par l'auteur, qui estime que l'abouchement des uretères à l'extérieur offre plus de chance de survie que leur greffe sur l'intestin.

Enfin, Pousson étudie les résultats éloignés de l'intervention et montre que si la cure radicale et définitive de l'affection est rarement obtenue, du moins la guérison relative, c'est-à-dire la cessation des symptômes graves, est toujours plus ou moins prolongée; aussi la précocité de l'intervention doit-elle être recommandée. En cas de récidive, les réopérations ne sont pas plus graves que les opérations primitives et assurent encore une survie assez grande, puisque chez deux opérées survint une grossesse qui fut heureusement menée à terme.

R. JAMIN.

I. — **Considérations sur les kystes spermatiques du scrotum, par VAUTRIN** (*Rev. méd. de l'Est, n°* 3, *p.* 67, 1889, *et Rev. de chir., n°* 1, 1889).

II. — **Ectopie testiculaire simple ou compliquée de hernie congénitale; son traitement par la céloraphie, par TUFFIER; rapport par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** (*Bull. et mém. de la Soc. de chir., t. XV, n°* 4, *p.* 311).

III. — **De la castration dans la tuberculose testiculaire, par Pierre BASTIDE** (*Thèse de Paris, n°* 154, 1889).

I. — L'étude clinique et histologique d'un cas conduit l'auteur aux

conclusions suivantes : Les kystes spermatiques ont primitivement la même structure que l'épididyme, et les modifications sont consécutives à l'oblitération. On peut distinguer les variétés suivantes : 1° kystes intra-vaginaux; 2° kystes extra-vaginaux; ces derniers peuvent soit siéger vers l'épididyme, soit se développer autour du cordon jusqu'à l'orifice inguinal. Les uns et les autres se développent aux dépens des débris du corps de Wolff, dans des vasa aberrantia restés en communication avec le canal déférent; le liquide spermatique y pénètre sous l'influence de la stagnation en arrière d'un obstacle (rétrécissement, coudure, compression). L'ablation totale sera souvent possible et même aisée dans la variété extra-vaginale. LEFLAIVE.

II. — L'opération consiste à combattre l'ectopie testiculaire inguinale, en entraînant le testicule dans la bourse par une série de tractions, le massage du testicule et du cordon; puis en fixant le testicule ainsi abaissé au fond des bourses en faisant quelques points de suture au catgut à travers l'albuginée. 3 fils suffisent. La suture enchevillée sur un gros catgut est parfaitement aseptique. Pansement iodoformé et collodion. Si l'ectopie du testicule était due aux contractions du crémaster, on pourrait sectionner le crémaster dans l'anneau. L'opération a donné des résultats satisfaisants. L. Championnière a fait le premier la fixation d'un testicule en ectopie abdominale qu'il a pu faire saillir au canal inguinal par de violentes pressions sur l'abdomen, et qu'il a réussi à abaisser en sectionnant tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent et l'artère spermatique. L'opération remonte à plus d'un an, et le résultat est bon.

C. WALTER.

III. — Dans tous les cas d'orchite tuberculeuse, il faut toujours et avant tout instituer le traitement général.

A chaque cas particulier sont appropriés des moyens locaux différents :

1° Si un seul testicule est pris et que les organes voisins soient indemnes;

a) L'état général étant très mauvais, simples pansements, pas d'opération, quel que soit l'état du testicule.

b) L'état généralement étant seulement médiocre ou bon; dans les cas légers, au cas où le traitement général ne suffirait pas, cautérisations profondes; dans les cas graves où le testicule est criblé de fistules et complètement désorganisé, cautérisations profondes, et castration seulement dans les cas extrêmes.

2° Si les organes voisins, prostate, vésicules séminales et testicule du côté opposé, sont envahis :

a) État général très mauvais, abstention.

b) État général médiocre ou bon, n'intervenir par les cautérisations et en dernier ressort par la castration que si une suppuration abondante et interminable menace de compromettre la vie du malade.

3° Dans les cas de tuberculisation aiguë du testicule, d'orchite tuberculeuse galopante.

a) Si l'état général est très mauvais, si les poumons sont pris, pas d'opération.

b) Si l'état général est bon et que la tuberculose testiculaire puisse être considérée comme primitive, castration. C. WALTER.

I. — Hématocèle funiculaire par effort, par FLEURY (*La Loire médicale*, *15 décembre* 1888).

II. — Traitement de l'hydrocèle par le décollement et l'excision de la tunique vaginale, par NICAISE (*Revue de chirurgie*, *n°* 2, *p.* 89, *février* 1888)

III. — Étude clinique sur l'orchite paludéenne, par CHARVOT (*Rev. de Chir.*, *n°* 8, *p.* 613, 1888).

I. — Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui, en voulant soulever une lourde caisse, ressent subitement une vive douleur vers le pli de l'aîne gauche. Le lendemain, on constate au niveau et au-dessous de l'anneau inguinal que le cordon spermatique est dur, doublé de volume au moins et très sensible; l'épididyme et le testicule sont sains et indolores. Pas de hernies; pas de varicocèle, pas de blennorragie. Quatre jours plus tard, apparition d'une ecchymose au niveau du cordon spermatique et des bourses. Guérison en quinze jours. OZENNE.

II. — Nicaise rapporte une observation d'hydrocèle datant de 11 ans, traitée six ans auparavant par une simple ponction, et qu'il opéra en décollant très facilement la tunique fibreuse et en ne conservant de la vaginale que juste ce qu'il fallait pour recouvrir le testicule. La vaginale fut suturée isolément; les points de suture superficiels placés sur la peau traversèrent en même temps les bords de la tunique fibreuse. Résultat excellent.

En suivant ce procédé, on n'a à craindre aucune hémorragie, aucune infiltration de sang dans le tissu cellulaire; ce dernier n'est pas même mis à découvert, le fond de la plaie étant fermé par la face interne de la tunique fibreuse.

Dans une autre opération, l'auteur ne put décoller la vaginale trop adhérente à la tunique fibreuse.

Quand on pratique la cure de l'hydrocèle par le procédé de l'excision partielle, on devra donc tenter d'abord le décollement de la vaginale; si les deux membranes sont trop intimement unies, le mieux alors sera de suivre le procédé de Julliard. C. WALTHER.

III.— Six observations d'orchite paludéenne sont rapportées par l'auteur, qui donne une description complète de l'affection. Celle-ci débute avec tous les signes habituels de l'orchite aiguë; ce début est ordinairement très brusque, sans cause occasionnelle; l'inflammation est très violente et porte en même temps sur l'épididyme et le testicule. Douleurs très vives, ayant une acuité exceptionnelle au moment des accès fébriles. En même temps phénomènes généraux très accentués d'intoxication palustre. Fièvre intense, gardant rarement le type intermittent; elle devient rémittente.

Les phénomènes généraux et la douleur locale disparaissent rapidement sous l'influence de l'administration du sulfate de quinine à haute dose. L'orchite continue alors à évoluer plus ou moins rapidement vers la résolution; on observe souvent l'atrophie consécutive du testicule et des indurations plus ou moins persistantes de l'épididyme.

L'orchite paludéenne peut compliquer une épididymite blennorragique préexistante.

Elle est due à l'intoxication palustre et semble être un accident tardif de paludisme.

Le seul traitement consiste dans l'emploi du sulfate de quinine à forte dose. C. WALTHER.

Impuissance congénitale guérie par l'opération d'un varicocèle, par R. JAMIN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., juillet* 1889).

Homme de 26 ans, vigoureux, sans tare nerveuse, n'ayant jamais eu d'érections suffisantes pour pratiquer le coït, malgré tous les traitements essayés. On découvre par hasard qu'il a un varicocèle gauche, dont le malade se doutait à peine et qui, moyennement volumineux dans la station debout, disparaît complètement dans le décubitus dorsal. Or, dans cette position, il se produit parfois une demi-érection qui tombe d'ailleurs au moindre mouvement fait par le malade. Jamin, soupçonnant une relation de cause à effet entre le varicocèle et la flaccidité de la verge, commence par maintenir réduit le paquet variqueux à l'aide d'un appareil spécial; les érections se produisent dans toutes les positions. Après cette expérience concluante, il ne restait qu'à obtenir la cure radicale du varicocèle; à cet effet, Jamin incise le scrotum, place une forte ligature au catgut en haut et en bas du peloton veineux et résèque celui-ci, qui comprenait surtout le groupe antérieur des veines spermatiques. Guérison parfaite de l'opération. Depuis lors, les érections sont normales et le coït est devenu possible. A. C.

De la lymphangite gangreneuse du pénis, par L. TAURIN (*Thèse de Paris, mars* 1889).

La base de ce travail est l'histoire d'un malade observé par l'auteur à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Fournier. Taurin profite de ce cas pour rechercher les causes de la gangrène ordinaire de la verge. Parmi les causes générales, assez rares d'ailleurs, il cite le diabète, l'alcoolisme, l'impaludisme, la fièvre typhoïde, la variole, l'érysipèle, le cantharidisme; les causes locales, beaucoup plus fréquentes, sont principalement le phimosis et la balano-posthite, les chancres mous ou indurés, les corps étrangers de l'urètre, les traumatismes et les compressions de la verge, et enfin l'infiltration d'urine. Dans la lymphangite gangreneuse du pénis, aucune de ces causes n'existe la plupart du temps; l'affection éclate soudainement et suit une marche extrêmement rapide, d'où les noms de gangrène spontanée et foudroyante qui lui ont été donnés. Le sphacèle ne détruit, en général, que le derme et s'arrête aux aponévroses : il s'étend et s'étale sans limites, mais il ne creuse pas. La plupart des sujets atteints sont jeunes ou d'âge moyen (au-dessous de 50 ans), et généralement vigoureux. En raison de la gravité des accidents généraux, parfois mortels, une médication tonique est indiquée; localement, les grandes incisions et les cautérisations sont plus nuisibles qu'utiles, et il faut se contenter, outre des applications émollientes et antiseptiques, de légers débridements et de l'ablation des eschares. R. JAMIN.

De la trépanation du bassin dans le traitement de la psoïte suppurée, par Michel GANGOLPHE (*Revue de chir, n°* 3, *p.* 241, 1889).

Gangolphe pratiqua la trépanation de l'os iliaque chez un vieillard atteint de psoïte suppurée consécutive à une fièvre typhoïde. Malgré un insuccès dû à l'état d'épuisement du malade avant l'opération, l'auteur

formule les conclusions suivantes, justifiées par une seconde intervention heureuse :

1° La psoïte infectieuse ou même traumatique présente une gravité exceptionnelle, soit à cause de l'état général du sujet, soit à cause de l'étendue des désordres et de l'envahissement possible de l'articulation coxofémorale ;

2° Un débridement hâtif est le meilleur moyen de prévenir une issue fatale ;

3° La trépanation du bassin telle que l'auteur la pratique est facile, rapide, sans danger, et permet d'établir un drainage parfait de la cavité iliaque ;

4° On peut la combiner suivant les cas avec les incisions classiques lombaire, inguinocrurale, ou même crurale postérieure, si l'on constate l'extension des désordres dans ces diverses régions. C. WALTHER.

Ueber den primären Krebs der Extremitäten (Du cancer primitif des membres), par Rudolf VOLKMANN (*Sammlung klinischer Vorträge*, n° 334-335, 1889).

Monographie intéressante et complète dont les éléments sont fournis par 223 observations de cancer primitif des membres, recueillies dans la littérature médicale ou communiquées à l'auteur par Richard von Volkmann. Ces observations se décomposent ainsi : hommes 140, femmes 65 ; sexe non spécifié 18. Au point de vue de l'âge, la plupart des cas se présentent entre 40 et 70 ans. Au point de vue du siège, on trouve : membres supérieurs, 89 cas; membres, inférieurs 134 (bras 14, avant-bras 18; main, région dorsale, 56 ; région palmaire, 1 ; cuisse, 23 ; jambe, 75 ; pied, région dorsale, 19 ; région plantaire, 17).

Ces carcinomes peuvent être répartis, au point de vue clinique, en trois groupes très nets :

1° *Cancers provenant d'une inflammation chronique des téguments;* on en observe deux variétés :

a) Les tumeurs qui ont pris naissance sur de vieux ulcères, des fistules, des callosités, du lupus, d'anciens cautères ou sétons, etc., même de vieux eczémas, 96 cas.

b) Les tumeurs qui ont pris naissance de vieilles fistules ossifluentes, 32 cas.

Ce groupe se caractérise par des tumeurs végétantes, en chou-fleur, saignant facilement (*noli me tangere*), mais n'ayant qu'une faible tendance à envahir la profondeur des tissus; leur marche est en général lente et bénigne à cause de l'état d'inflammation chronique du sol qui les porte. Aussi, sur 128 cas (94 hommes et 29 femmes), 15 seulement ont eu une évolution maligne et 12 ont amené la mort par généralisation; en outre, sur 56 opérés qui ont pu être suivis, 30 étaient sans récidive au bout de deux ans et 10 au bout d'un an ; donc pronostic favorable. Les tumeurs de ce groupe sont trois fois plus fréquentes aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs ; un cas unique a été observé par von Volkmann à la paume de la main.

2° (*a*) *Cancers provenant d'excroissances ou de taches pigmentaires congénitales ou apparues dans la première enfance :* 11 cas (5 chez l'homme, 6 chez la femme). Tumeurs en général très graves, n'envahis-

sant pas les os, mais s'étendant rapidement, s'ulcérant de bonne heure, infectant les ganglions et se généralisant dans les viscères. 3 fois il s'agissait de cancers mélaniques. Sur les 11 opérés, 4 ont été perdus de vue, les 7 autres ont succombé.

(*b*) *Cancers provenant de verrues développées tardivement :* 12 cas. Tumeurs en général bénignes, papillomateuses, siégeant le plus souvent sur le dos de la main, résultant de l'irritation prolongée d'une hypertrophie papillaire. Sur 12 opérés, 5 ont été perdus de vue, les 7 autres ne paraissent pas avoir eu de récidive.

3° *Cancers développés dans l'épaisseur des membres, la peau étant indemne en apparence :* 27 cas (12 hommes, 15 femmes). Tumeurs relativement bénignes, mais à marche variable. Sur 14 opérés qui ont pu être suivis assez longtemps, on compte 7 guérisons définitives et 5 récidives.

Enfin, indépendamment des tumeurs qui rentrent dans ces 3 groupes, l'auteur a encore réuni 45 faits de cancers des membres d'étiologie spéciale (cancer des paraffineurs, des ramoneurs, etc.).

Au point de vue du pronostic général, le cancer primitif des membres est donc une affection moins grave que le cancer des autres régions ; sur 98 cas qui ont pu être suivis assez longtemps, les résultats définitifs de l'intervention chirurgicale sont, d'après les tableaux de l'auteur : guérisons chirurgicales, 51 ; absence de récidive pendant 1 à 2 ans, 12 ; évolution maligne, 35. DE SANTI.

Kystes dermoïdes de la fente inter-maxillaire, par LANNELONGUE (*Bull. de la Soc. de chir., t. XV, p.* 72).

Lannelongue rapporte deux observations de cette variété de kystes. Il n'en existe qu'une seule autre due à Verneuil.

Ces kystes se développent sur le trajet de la fente inter-maxillaire qui segmente le premier arc branchial. Ils se produisent aux dépens soit de la peau, soit de la muqueuse de la joue, et sont, par conséquent, *dermoïdes* proprement dits, ou *mucoïdes*. Ils peuvent être à la fois dermoïdes et mucoïdes comme dans l'observation de Verneuil.

Ces tumeurs apparaissent rarement à la naissance. Elles ne prennent un développement appréciable, en général, que vers 5, 10, 15 ou 20 ans : 24 ans pour la malade de Verneuil ; 29 et 18 ans dans les cas de Lannelongue.

Pour l'extirpation, l'incision buccale, quand on pourra y recourir, doit être préférée à l'incision de la peau. WALTHER.

Beiträge zur Statistik der Kiefergeschwülste (Tumeurs des maxillaires), par E. BIRNBAUM (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXVIII, p.* 499).

L'auteur a pu réunir par le dépouillement des registres d'observations de l'hôpital Augusta, à Berlin, 63 cas de tumeurs des maxillaires de 1871 à 1887.

Ces tumeurs se décomposent ainsi : 42 à la mâchoire supérieure (66,6 0/0), 21 à la mâchoire inférieure (33,3 0/0).

Carcinomes : 29 cas dont 19 à la mâchoire supérieure (10 hommes et

9 femmes) et 10 à la mâchoire inférieure (7 hommes et 3 femmes). 25 opérés ont donné 6 morts et 19 guérisons opératoires dont 11 après des complications graves, hémorragie, gangrène des lambeaux, etc. Néanmoins, sur ces 19 cas, il n'y a pas eu une seule guérison définitive.

Sarcomes : 22 cas dont 15 à la mâchoire supérieure et 7 à l'inférieure (18 femmes et 4 hommes seulement); 19 opérés ont donné 2 morts et 17 guérisons dont 12 peuvent être considérées comme définitives. Les formes les plus bénignes sont les sarcomes à cellules géantes.

Adénomes : 2 cas, tous deux à la mâchoire supérieure; 2 opérés, 2 guérisons définitives.

Fibromes : 2 cas. Il s'agissait de polypes naso-pharyngiens, chez des adolescents, opérés par la résection temporaire du maxillaire supérieur; 1 mort et 1 guérison suivie de récidive qui nécessita une deuxième opération.

Kystes : 6 cas, 6 opérés; 6 guérisons définitives. Opérations relativement faciles.

Ostéomes : 1 cas (mâchoire inférieure); 1 guérison.

Syphilomes : 1 cas (maxillaire supérieur).

Dans toutes ces opérations, Küster a employé, pour la résection du maxillaire supérieur, le procédé de Dieffenbach, modifié par Wilms; toutefois, afin d'éviter la division des filets du facial qui se rendent à l'orbiculaire des paupières, Küster, au lieu de faire l'incision horizontale parallèlement au plancher de l'orbite, lui donne une direction oblique. Les grandes opérations ont été précédées de la trachéotomie; les petites ont été faites la tête renversée. Pansement à la gaze iodoformée.

DE SANTI.

Tumeur mélanique de la joue. Tache mélanique se déplaçant. Extirpation. Guérison, par LAMARQUE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 *décembre* 1888).

Femme de 69 ans, sans antécédents pathologiques ; à l'âge de 35 ans, la malade voit apparaître sur la joue droite une petite tache brunâtre, semblable à un signe. Cette tache a augmenté peu à peu d'étendue en remontant vers l'œil et en s'accroissant d'une façon irrégulière, marchant dans un sens et se retirant dans l'autre. En 1887, au-dessous de cette tache se montre une petite élévation, une sorte de verrue qui, après plusieurs cautérisations, augmente de volume pendant que la première tache diminue d'étendue, Actuellement, on trouve une tache de forme irrégulière, située à un demi-centimètre du bord libre de la paupière inférieure, d'une coloration noire, limitée en bas par une bordure de quelques millimètres de largeur moins foncée et offrant une couleur marron, et qui a été sous nos yeux le siège d'une véritable résorption pigmentaire.

Au-dessous d'elle, on rencontre une autre petite tache brunâtre, de trois millimètres environ de diamètre, et plus bas une tumeur de la grosseur d'une noix environ, ulcérée et peu colorée et sans adhérences avec les parties profondes. Cautérisation profonde au thermo-cautère des taches mélaniques et extirpation de la tumeur, reconnue par le microscope comme un sarcome mélanique type. Six mois plus tard, pas de récidive locale, mais tuméfaction de la glande sous-maxillaire, qui offre le volume d'une grosse noisette.

OZENNE.

Transplantation der Haut von einer Leiche (Greffes cutanées empruntées à un cadavre), par BARTENS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 32, *p.* 649, 6 *août* 1888).

Sur un garçon de 14 ans, offrant aux pieds des brûlures dont la cicatrisation se faisait attendre, Bartens a pratiqué 28 greffes cutanées de 1 centimètre de côté, qu'il avait prises sur les jambes d'une femme de 75 ans, morte, 20 minutes auparavant, d'infection purulente. 24 de ces petits lambeaux reprirent parfaitement. J. B.

Zur Pathologie und Therapie des Torticolis, par BENEDIKT (*Wien. med. Presse*, *n°* 4, *p.* 129, 1889).

Femme de 48 ans, souffrant depuis un an de torticolis tonico-clonique continuel avec rotation de la tête à droite et inclinaison à gauche; douleurs vives aux vertèbres cervicales; tremblement des deux mains, affaiblissement des membres supérieurs. On combat d'abord les symptômes de méningo-myélite cervicale à l'aide de la révulsion et de la médication iodée; au bout de 6 semaines ce traitement ayant réussi, on essaie contre le torticolis toutes les variétés d'électrisation pendant 4 mois. Insuccès absolu.

L'auteur pratique, le 13 novembre 1884, l'élongation du nerf spinal gauche. Rapidement les contractions diminuent, mais le résultat n'est pas complet.

Cependant cette opération a préparé le succès d'une autre thérapeutique, l'électrisation, qui finit par triompher du torticolis.

L'auteur insiste sur ce résultat indirect de l'élongation; sans elle, l'électrisation aurait échoué comme la première fois. L. GALLIARD.

Cancer musculaire de l'épiploon et de l'estomac, gangrène intestinale par lésion du mésocolon, par P. GOULLIOUD et J. MOLLARD (*Lyon méd.*, 18 *août* 1889).

Femme de 30 ans; volumineuse tumeur de l'abdomen, ayant les apparences d'un fibrome utérin; anorexie absolue, digestion difficile, amaigrissement. Laparotomie. Il s'agit d'une tumeur de l'épiploon ayant des rapports étendus avec l'estomac et le colon transverse. On sectionne la base de l'épiploon (hémorragie de 3 à 400 gr.). Pour détacher les adhérences du colon transverse, on est obligé de faire une large entaille du mésocolon et de poser des ligatures sur le rebord même du colon. Mort dans la soirée.

Pas de traces d'hémorragie; pas de péritonite. On trouve dans l'estomac une tumeur molle de même nature que le cancer enlevé. Colon transverse, en voie de gangrène sur le bord détaché du mésocolon.

La tumeur enlevée (2,650 gr.) et la tumeur de l'estomac présentent les mêmes caractères : cellules embryonnaires du type musculaire fasciculé.

Le point de départ serait, d'après les auteurs, la paroi de l'estomac, d'où extension à l'épiploon bien qu'il n'y ait aucune lésion des organes viscéraux et des ganglions. Ils insistent sur la gravité du décollement du colon transverse, les dangers de sphacèle, étudient les indications opératoires qui en résultent, en passant en revue les travaux de Madelund, Czerny, etc. A. C.

Sur deux cas d'anthrax guéris par les injections sous-cutanées d'acide phénique, par ARNOZAN, LANDE et MAURANGE (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 21 *avril* 1889).

Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, atteinte d'un volumineux anthrax de la lèvre supérieure, compliqué de phlébite des veines

angulaires, d'œdème de la face et du cou et de phénomènes généraux alarmants : abattement, prostration, fièvre violente, albuminurie, épanchement pleurétique et pneumonie à gauche et troubles cérébraux. La lèvre, grosse comme un boudin, est renversée en dehors ; elle présente une consistance ligneuse, de même que les joues. Pendant trois jours, des injections d'acide phénique au 50[e] sont pratiquées autour de l'anthrax, à la limite de la zone indurée, en pleine zone œdémateuse ; le premier jour on en injecte quatre centigrammes, le second neuf centigrammes et le troisième treize centigrammes, au moyen d'une dizaine de piqûres, disposées chaque jour en couronne autour de l'induration. Des pulvérisations phéniquées et boriquées sont faites constamment dans la chambre. L'amélioration locale est très rapide, et la guérison complète est obtenue sans suppuration et sans gangrène ; l'albuminurie disparaît également. Quant aux phénomènes généraux infectieux, qui pendant plusieurs jours plongent le malade dans une dépression et un collapsus menaçant, ils ne disparaissent qu'au bout de plusieurs semaines sous l'influence du sulfate de quinine et du sulfate de trychnine.

Le 2[e] fait est celui d'une femme de 65 ans traitée de la même façon pour un anthrax de la région interscapulaire, avec état comateux. Cinq injections (50 centigrammes d'acide phénique pur amènent une amélioration rapide). OZENNE.

Bains de sublimé dans la pyohémie, par D. MOLLIÈRE (*Lyon médical*, 8 *septembre* 1889).

Homme de 27 ans, blessé au genou, entré à l'hôpital avec une arthrite suppurée qui amène, malgré le drainage, des accidents de pyohémie. Bains tièdes de 20 minutes avec 200 grammes de sublimé pour 200 litres d'eau. 51 bains consécutifs. Au 5[e] jour, disparition de la fièvre. Ankylose ultérieure de l'articulation. Aucun phénomène d'intoxication.

Molliére cite d'autres cas de pyohémie guéris l'un avec 10 bains de sublimé, un autre avec six bains. A. C.

Ueber aseptische resorbirbare Tamponade (Tampons aseptiques résorbables), par C. THIEM (*Archiv für klin. Chirurgie, XXXIX, p.* 219, 1889).

Ces tampons ont été pour la première fois conseillés par Glück comme obturateurs du canal inguinal dans la cure radicale des hernies ; ils consistent en faisceaux de catgut rendus aseptiques dans l'huile de genèvrier ou l'acide chromique, et conservés dans la solution de sublimé à 1/400. L'auteur s'en est servi dans cinq cas de cure radicale de la hernie chez des enfants comme obturateurs du canal inguinal, dans un cas d'extirpation de ganglions inguinaux pour combler la cavité résultant de l'opération, et dans trois cas de curage de l'aisselle. Il a dans tous ces cas obtenu des réunions immédiates parfaites, mais il estime que la méthode est surtout destinée à rendre des services dans la cure radicale de la hernie chez l'enfant, parce que le tampon fournit un point d'appui solide à la cicatrice et s'oppose, comme obturateur, à la désunion des sutures de l'anneau et à la récidive de la hernie qui se produisent si facilement dans les premiers jours de l'opération sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant. C'est ainsi que, chez un enfant de trois ans, porteur d'une double hernie inguinale, dans laquelle le sac scrotal descendait jusqu'aux genoux, il opéra le côté droit par le procédé ordinaire et le côté gauche en suturant dans le collet du sac un tampon de catgut ; au bout de cinq heures, sous l'influence des cris du petit opéré, les sutures du côté droit

avaient cédé et la hernie s'était reproduite, tandis qu'à gauche l'obturation demeura parfaite; il fallut recommencer l'opération à droite en tamponnant le canal. L'opération est facile; elle consiste, après l'extirpation du sac, à introduire un tampon de grosseur convenable dans le canal, à le suturer fortement à l'anneau, puis à fermer par dessus le tampon le collet du sac par une suture en bourse; la fascia, le tissu cellulaire et la peau sont ensuite réunis par une série de sutures étagées et l'on panse au collodion iodoformé. DE SANTI.

Note sur la créoline ou crésyl des Anglais, par ROUX (*Revue méd. de la Suisse romande, IX*, 361, *juin* 1889).

Depuis plus de dix mois, tant à l'hopital qu'en clientèle, Roux fait usage de créoline, lorsque l'emploi de l'acide phénique, de l'iodoforme ou de sublimé lui paraît contre-indiqué. Il croit devoir attribuer à l'action de la créoline la diarrhée et l'amaigrissement présentés par certains de ses malades.

La créoline à 2 0/0 est si peu transparente que la recherche des instruments qu'on y a plongés est très hasardeuse; elle donne, en outre, aux manches nickelés et aux fils de ligature un toucher savonneux. En revanche, elle n'attaque ni les mains, ni les bords de la plaie, ni les instruments.

La créoline possède un pouvoir désodorant tel que Roux la préfère à l'iodoforme.

La créoline à 1/2 ou 1 0/0, en lavages, est plus efficace que l'eau boriquée dans les catarrhes vésicaux. Roux l'a également employée en irrigations intra-utérines ou vaginales à 2 0/0.

En résumé, on peut, en attendant mieux, la substituer dans la pratique hospitalière à l'acide phénique, au sublimé et à l'iodoforme, dans tous les cas où l'on a besoin d'un désodorant intense ou d'un antiseptique moins dangereux, quoique sûr.

Moins chère que l'acide phénique, se mêlant mieux que le sublimé aux matières organiques, moins dangereuse pour le public, la créoline pourrait servir, en temps d'épidémie, à la désinfection en grand. J. B.

OPHTALMOLOGIE.

De la correction opératoire des déviations oculaires verticales d'origine paralytique, en particulier par l'avancement musculaire, par EPERON (*Arch. d'ophtalm., IX, f.* 2 *et* 3).

Il n'y a pas très longtemps qu'on a essayé de remédier aux déviations verticales d'un œil par une opération, et cependant on n'a que le choix dans l'intervention, puisque 8 muscles concourent à l'élévation et à l'abaissement des deux yeux et que, d'autre part, les déviations sont tou-

jours peu considérables : mais il est évident qu'un certain nombre de muscles échappe à l'action chirurgicale, les grands obliques par exemple. Il résulte des observations d'Eperon que les effets de la paralysie de l'oblique supérieur peuvent être corrigés par l'avancement du droit inférieur du même côté ou l'avancement du droit supérieur de l'œil sain : le premier procédé étant préférable. Pour la paralysie de l'oblique inférieur, on fera avec avantage l'avancement du muscle droit supérieur ou la ténotomie du droit inférieur du même côté : si les déviations sont faibles on peut se contenter de l'avancement capsulaire. D'une façon générale, la ténotomie compensatrice du muscle droit associé de l'œil sain ne paraît pas donner d'aussi bons résultats. Surtout en ce qui concerne la ténotomie du droit inférieur, elle paraît prédisposer à un certain degré d'asthénopie musculaire pour le travail de près, qui nécessite l'abaissement du regard. Elle est plutôt utile comme adjuvant de l'avancement. Les observations ont été prises avec soin pour ce qui a rapport à l'étendue du champ de regard binoculaire : l'expérience a montré qu'il n'y avait pas à craindre l'inclinaison des méridiens rétiniens, par suite de la correction ne portant que sur un des muscles élévateurs ou abaisseurs.

F. DE LAPERSONNE.

I. — De l'hérédité de la myopie, par MOTAIS (*Bull. Académie de médecine*, 11 *juin* 1889).

II. — Myopie héréditaire. Son traitement dans l'adolescence, par BOUCHERON (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 15 *juillet* 1889).

I. — L'influence de l'hérédité sur la myopie est manifeste : elle existait dans 216 familles sur 330 examinées, soit dans 65 0/0 des cas. La myopie héréditaire se distingue par son apparition plus précoce, son developpement plus rapide, la moyenne plus élevée de son degré, enfin par des complications plus fréquentes et plus étendues. La myopie est en général transmise par le père à la fille (86 0/0) et par la mère au fils (79 0/0). Les conditions qui favorisent la transmission héréditaire, sont avant tout l'application de la vue dans un milieu défavorable (école), l'astigmatisme au-dessus de 0,75 D., l'abaissement de la voûte orbitaire ou microsimie. Ces conclusions démontrent la nécessité d'une hygiène scolaire plus rigoureuse. Si l'on n'y prend garde, le *danger myopique* ne tardera pas à s'étendre dans des proportions inquiétantes.

II. — Les enfants de myopes ne naissent pas myopes, mais le deviennent à un âge de plus en plus jeune à mesure que les générations se succèdent, de telle sorte que le petit-fils d'un myope qui n'a atteint que 3 ou 4 D. peut avoir 6 D. à 15 ans, 8 D. à 30 ans. Le mécanisme prochain qui transforme la tendance héréditaire en myopie positive, c'est la *crampe de l'accommodation*, analogue à la crampe manuelle des écrivains. L'instillation d'atropine, en reculant le point le plus éloigné de la lecture, démontre directement l'existence de cette crampe.

Secondairement, cette contraction presque permanente du muscle ciliaire agit sur la sécrétion des liquides intra-oculaires qui est augmentée, et ces liquides en excès déterminent un dilatation de la coque, surtout au pourtour du nerf optique, au point où se formera le staphylome postérieur. La myopie définitive est alors produite. Le traitement rationnel est

donc la cocaïnisation et l'atropinisation; lorsque l'enfant doit continuer à travailler et peut agir par la cocaïne, pour empêcher l'éblouissement, il faudra faire porter des lunettes fumées. Les moyens hygiéniques généraux devront aider le traitement local. F. DE LAPERSONNE.

Les inflammations traumatiques de l'œil, par de WECKER (*Annales d'oculistique*, *CI*, *p.* 166, 3 *et* 4).

Grâce aux progrès incessants de la bactériologie, nous ne sommes plus éloignés du moment où inflammation sera synonyme d'infection; l'œil servira encore à résoudre une partie de ces grands problèmes de pathologie générale. La clinique a déjà démontré que la réaction n'était pas en rapport avec le traumatisme, que l'abaissement de la cataracte, par exemple, que l'iridectomie n'étaient pas suivis d'inflammation. C'est seulement lorsqu'il y a des pincements de l'iris ou des *cicatrices à filtration* qu'il se produit plus tard des phénomènes d'irido-cyclite, attribués aux tiraillements de l'iris ou des procès ciliaires, mais qui sont dus à la pénétration plus facile des germes. Il y a deux espèces d'infection (Leber) l'*exogène* et l'*endogène*, suivant que les microbes arrivent du dehors ou sont transportés d'un point quelconque de l'organisme vers l'œil. Wecker insiste sur la différence entre l'infection ectogène immédiate et l'infection ectogène médiate moins connue, et qui n'a pas moins une grande valeur. Il ne s'agit pas seulement de prendre toutes les précautions antiseptiques pour éloigner les germes, mais il faut aussi éviter tout ce qui peut, par le traumatisme, établir un milieu de culture favorable. Dans la cataracte, il faut avoir soin d'enlever toutes les masses cristalliniennes et même la capsule antérieure, garnie d'endothélium. Le genre de plaies et leur emplacement ont aussi une grande importance, et c'est pour cela qu'il faut éloigner l'incision de la cataracte de la région dangereuse, c'est-à-dire de la sclérotique et de l'angle irido-cornéen, incomplètement garni de membrane vitreuse et qui se cicatrise bien moins facilement et solidement. C'est une des principales raisons pour lesquelles il faut abandonner l'incision de Graefe. L'emplacement qu'on donne aux plaies peut entraîner, par infection médiate, les inflammations que le traumatisme, à lui seul, est incapable de provoquer. De ce nombre sont les irido-choroïdites tardives qui entraînent après l'opération de la cataracte, non seulement la perte de l'œil opéré, mais même celle de l'œil congénère par ophtalmie sympathique ou migratrice.

F. DE LAPERSONNE.

Un procédé de blépharoplastie applicable aux cas où les procédés connus ne peuvent suffire, par DIANOUX (*Comptes rendus Acad. des sciences*, 3 *juin* 1889).

Ce procédé consiste à rendre les nouvelles paupières, reconstituées par les procédés ordinaires de blépharorraphie, indépendantes du tissu dont on les a séparées pendant tout le temps que dure le processus de la rétraction cicatricielle.

La paupière est mobilisée par une incision curviligne profonde qui limite la nouvelle paupière. Une incision divise aussi la conjonctive dans la ligne qui doit occuper le cul-de-sac. Après avoir fait la blépharorraphie, on suture avec grand soin le bord cutané de la paupière avec le bord

conjonctival rendu libre par l'incision pratiquée au niveau du cul-de-sac. L'auteur propose d'appeler ce procédé la *blépharoplastie à pont*. Au bout de plusieurs mois, lorsque la rétraction n'est plus à craindre, on avive le bord cutané et on le fixe à la peau en un point convenable. S'il s'agit de la paupière supérieure, il faut, dans le premier temps, suturer le tendon du releveur près du bord orbitaire, et, dans le second, l'insérer dans la paupière dédoublée à cet effet. F. DE LAPERSONNE.

Anatomie pathologique et pathogénie du chalazion, par LAGRANGE (*Arch. d'ophtalm.*, *IX*, *n*° 3, *p*. 226).

Les diverses théories émises sur la pathogénie du chalazion sont forcément incomplètes, car elles ne s'adressent qu'à une période de l'évolution de la petite tumeur. Sur une quinzaine de chalazions, Lagrange a repris cette étude, et il conclut en admettant que le chalazion comprend trois périodes dans son développement : 1° rétention de produit épithélial dans les glandes de Meibomius ; 2° adénite et périadénite consécutives, destruction du cartilage tarse ; 3° saillie de la tumeur sous la conjonctive (chalazion interne) ou du côté de la peau (chalazion externe). Le contenu est formé par de jeunes cellules embryonnaires et par de rares débris épithéliaux ; ceux-ci contiennent des microcoques arrondis, séparés (Poncet, Boucheron), qui ne paraissent avoir qu'un rôle très secondaire. Les cellules embryonnaires n'en contiennent pas : le chalazion doit être considéré comme un granulôme (Virchow) consécutif à la rétention des produits de sécrétions dans les glandes de Meibomius. F. DE LAPERSONNE.

Recherches sur les microbes des conjonctives à l'état normal, par V. GOMBERT (*In*-8°, *Montpellier*, 1889).

Si l'étude des microbes dans les maladies oculaires n'est pas très avancée, cela tient au petit nombre de travaux qui existent sur les microbes à l'état normal. Des recherches qu'il a entreprises Gombert conclut qu'il y a peu de microbes à la surface des conjonctives normales, et cela tient probablement à ce qu'ils ne séjournent pas et sont continuellement entraînés vers les voies lacrymales. Ces microbes, sans cesse renouvelés à la surface de la conjonctive, proviennent de l'air, des doigts, des linges, de l'eau, etc. ; mais ils ne paraissent pas venir des fosses nasales, du moins à l'état normal. Il existe de très grandes variations suivant le milieu habité et chez le même individu suivant les époques ; mais il y a cependant une constance relative dans les résultats. Les microbes normaux sont apparus 5 à 8 fois sur 10 dans les ensemencements : ils sont divisés en inoffensifs et pathogènes ; les premiers, qui sont de beaucoup les plus nombreux et fournissent le plus de colonies, sont par ordre de fréquence : bacille D, bacille G, bacille δ, micrococcus β, micrococcus candicans, bacille ε, sarcina lutea, sarcina aurantiaca ; quant au streptothrix, il peut coloniser dans les points lacrymaux et former des concrétions parasitaires qui tendent à compléter l'occlusion de ces conduits. Les microbes pathogènes sont : le micrococcus α, le micrococcus γ et le micrococcus ζ. Il y a toujours, après inoculation de la conjonctive, une vascularisation très marquée qui met 4 ou 5 jours à se résorber. Sur la cornée, l'inoculation produit, en

outre, une tache blanchâtre de 2 à 3 millimètres de diamètre qui dure de 2 à 9 jours. Il est probable que, dans un milieu favorable, cette inoculation pourrait provoquer une inflammation plus vive et même la formation de pus. Enfin, on peut trouver dans l'œil, comme microbes accidentels, tous les microbes pyogènes, surtout dans les milieux hospitaliers. Comme il est impossible de prévoir si l'œil renferme ou non des microbes dangereux, il faut, avant tout acte opératoire, mettre en pratique les mesures d'asepsie et d'antisepsie les plus rigoureuses.

F. DE LAPERSONNE.

Des contre-indications des myotiques dans les ulcères à hypopyon, par DORET (*Thèse de Paris*, n° 225, 1889).

La clinique démontre que l'ulcère à hypopyon est toujours ou presque toujours accompagné d'iritis; dans ces conditions, le traitement médical doit avoir l'atropine pour base. Quand l'hypopion augmente et que l'intervention chirurgicale s'impose, c'est encore l'atropine qui est utile dans le traitement consécutif. Dans la majorité des cas, la contre-indication des myotiques est formelle, ils dispensent plus rarement de l'opération de Sæmisch ou de la galvanopuncture, et ils obligent plus tard à une intervention secondaire contre les synéchies postérieures, conséquence fatale de leur emploi.

F. DE LAPERSONNE.

Un cas de kératite interstitielle dans la syphilis acquise, par A. TROUSSEAU (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1888).

Une femme, ne présentant aucune manifestation de syphilis héréditaire, aucun antécédent, contracte la syphilis pendant une grossesse à l'âge de 25 ans. L'enfant venu à terme, bien portant en apparence, succombe au 10ᵉ mois. Pendant un an, cette femme présente diverses manifestations secondaires, et six semaines avant son entrée à l'hôpital, elle remarque un trouble progressif de la vue, à ce point qu'elle avait beaucoup de peine à se conduire. On constate un peu de photophobie, une fine vascularisation scléro-conjonctivale ; la cornée est grisâtre, infiltrée dans toute son épaisseur; la malade compte les doigts à deux mètres ; syphilome diffus de la paupière supérieure droite — Compresses chaudes, atropine, iodure de potassium et frictions. Au bout d'un mois, les manifestations cutanées ont disparu, et en même temps les cornées sont éclaircies, sauf persistance de très petits filets infiltrats qui ne gênent pas la vision ; deux petites synéchies à la partie inférieure de la pupille droite.

F. DE LAPERSONNE.

Tumeur lépreuse de la cornée, par MEYER et E. BERGER (*Revue gén. d'ophtalm.*, *VIII*, 1889).

Une dame, habitant Calcutta, vient consulter Meyer pour son œil gauche. La cornée présentait, dans ses trois quarts externes, un épaississement considérable avec surface lisse, finement vascularisée et coloration jaunâtre. Cet épaississement s'étendait un peu sur la sclérotique, toutes les autres parties de l'œil paraissaient saines ; la tension était normale. L'affection, qui avait commencé cinq ans auparavant, paraissait marcher très lentement, aussi l'énucléation ne fut-elle conseillée que pour le cas de fortes douleurs ou d'augmentation rapide : cette opération fut pratiquée un an après. L'examen microscopique démontrait l'existence d'un leucosarcome ayant atteint la cornée à l'exception de ses couches antérieures et postérieures, la partie antérieure de la sclérotique, l'iris et le corps ciliaire, ayant rempli la chambre antérieure

presque entièrement et ayant pénétré dans l'espace lymphatique sus-choroïdien. Le point de départ du néoplasme paraissait être l'iris. Tous les confrères appelés à donner leur avis sur les préparations, confirmèrent ce diagnostic histologique. Cependant Leber (d'Heidelberg) conseilla l'examen bactériologique au point de vue des bacilles de la lèpre ou de la tuberculose, se fondant sur ce que les lésions étaient peu localisées, mais plutôt diffuses comme cela existe pour les néoplasmes infectieux. Cet examen, fait par Cornil, a permis de reconnaître l'existence de bacilles très nombreux de Hansen et Neisser dans toutes les cellules qui infiltrent la cornée, en particulier dans les cellules lépreuses géantes qui en sont littéralement remplies; les bacilles arrivent même dans l'épithélium antérieur.

La malade étant revenue en France sur ces entrefaites, on put constater qu'une lésion tout à fait analogue à celle de l'œil gauche commençait à l'œil droit. Il existait en outre quelques tubercules dermiques et hypodermiques sur les avant-bras: ils contenaient le bacille lépreux. Cette malade a été soumise au traitement par l'huile de Chalmoogra. F. DE LAPERSONNE.

I. — Sur un cas d'adénome de la choroïde, par GAYET (*Arch. d'ophtalm., IX,* 3, *p.* 205).

II. — Note sur un cas de sarcome de la choroïde, glaucome, décollement de la rétine, par PONCET (*Recueil d'ophtalm., n°* 10, *p.* 577, 1888).

I. — Ce genre de tumeurs paraît n'avoir été rencontré qu'une seule fois (Kamocki, 1887).

Dans le cas de Gayet, il s'agissait d'un individu présentant tous les symptômes d'une tumeur intra-oculaire; l'énucléation de l'œil ayant été pratiquée, on reconnut que la tumeur était formée par des acini irréguliers, plongés dans une gangue fibreuse très développée et tapissés à l'intérieur par un épithélium cylindrique à noyaux très nets; le centre des tubes était rempli par des cellules arrondies plus ou moins granuleuses, à noyaux multiples, soit en régression, soit intacts. A la périphérie, elle envoyait des boyaux qui continuaient les vaisseaux ou s'avançaient entre les lames de la choroïde; enfin, en d'autres points, il y avait disparition relative des cellules épithélioïdes et des travées fibreuses. Il s'agissait donc d'une tumeur carcinomateuse d'origine vasculaire. Le malade qui avait présenté à plusieurs reprises de troubles digestifs et des vomissements sanguinolents, succomba bientôt aux progrès de l'affection, et à l'autopsie on reconnut un cancer stomacal avec retentissement vers le foie et le poumon.

La marche de l'affection permet de penser que la tumeur choroïdienne était secondaire au néoplasme de l'estomac, c'est ce qui explique la production à forme glandulaire; ce fait pourrait s'expliquer par l'hypothèse de Bard sur la migration des néoplasmes. Il faut donc ajouter à la série des tumeurs choroïdiennes, l'adénome, dont l'existence n'est plus douteuse; en outre il faut tenir compte des tumeurs secondaires de la choroïde chez les cancéreux particulièrement.

II. — La tumeur s'était développée dans les lames moyennes de la choroïde au voisinage du nerf optique. La rétine était décollée en parapluie, adhérente seulement au nerf optique et à la région ciliaire, elle coiffait la tumeur d'un double feuillet. L'exsudat inflammatoire, produit par la tumeur, s'infiltre d'abord entre la rétine et la couche pigmentaire, il cause le ramollissement rapide du corps vitré qui facilite le décollement total, avec ou sans déchirure de la rétine. La pression augmente avec la tumeur et il en résulte des phénomènes glaucomateux et une

cupule de la papille qui, dans ce cas, était visible même à l'œil nu. L'auteur est partisan de l'ancienne distinction entre les décollements spontanés, limités, stationnaires et quelquefois curables, et les décollements spontanés, progressifs, incurables. F. DE LAPERSONNE.

Report on a second series of one hundred successive cataract extractions without iridectomy, par KNAPP (*Arch. of ophthalm.*, *XVIII*, nº 1).

Au dernier congrès international d'Heidelberg, il s'est trouvé très peu de chirurgiens pour défendre l'extraction sans iridectomie. Partisan convaincu de cette méthode, l'auteur pense que des statistiques raisonnées valent mieux que tous les arguments. Sur 100 nouveaux cas, l'acuité visuelle provisoire a été : Bonne, 91 0/0. Moyenne, 8 0/0. Nulle, 1 0/0.

L'acuité visuelle définitive a été : Bonne, 97 0/0. Moyenne 2 0/0. Nulle, 1 0/0.

Il n'y a pas une seule fois V=I dans le premier cas, tandis que dans le second V=I 30 fois. Il attribue cette différence à la discission secondaire de la capsule qu'il a pratiquée 74 fois, sans aucun danger. Il ne peut s'associer à la crainte qu'on a pour cette opération, à condition d'opérer avec précautions. Il conclut que l'extraction simple n'est pas seulement la meilleure, mais aussi la plus sûre des méthodes pour l'opération de la cataracte. L'iris est un voile protecteur qui sépare la section cornéenne du corps ciliaire, et protège cette partie, la plus délicate de l'œil, contre les substances délétères qui peuvent pénétrer à travers la plaie. F. DE LAPERSONNE.

Ein Wort für Beibehaltung der Iridectomie bei der Extraction harter Cataracten (Un mot en faveur de la conservation de l'iridectomie dans l'extraction des cataractes dures), par A. GRAEFE (*Arch. f. Opht.*, *XXXIV*, 3).

L'auteur se déclare chaud partisan de l'iridectomie, à l'encontre des ophtalmologistes français, à cause de la hernie possible de l'iris, de la cicatrice cystoïde, et même de la suppuration. Contrairement à l'opinion de Wecker, il pense que de la méthode de Graefe il ne restera pas seulement le couteau, mais tous les temps de l'opération seront rigoureusement conservés. ROHMER.

Etude sur les traumatismes du cristallin, par V. CAUDRON (*Revue gén. d'ophtalm.*, *VII*, *nº* 12, *p.* 533, *décembre*).

A la suite d'un léger traumatisme, un homme présente dès le lendemain dans le cristallin une opacité circulaire au niveau de laquelle on peut constater une étoile à trois branches ; il est facile de reconnaître que cette opacité ne siège pas dans les couches antérieures, comme le faisait supposer la disposition de l'étoile à trois branches. Au bout de peu de temps, elle disparaît progressivement, et le malade recouvre une bonne acuité visuelle. Il s'agit ici d'une contusion simple du cristallin, dont les auteurs ont cité un certain nombre d'exemples. D'après la forme et la marche de ces altérations, il est naturel de les comparer aux cataractes expérimentales, musicales ou autres, qui disparaissent spontanément. On peut expliquer ces faits par l'accumulation de liquide entre les fibres du cristallin qui sont dissociées et paraissent opaques. Ces

contusions pures de cristallin donnent lieu généralement à des altérations peu durables ; cependant il est bon de réserver le pronostic, car certaines cataractes unilatérales, dont il est quelquefois difficile de retrouver la cause, ont peut-être pour point de départ des contusions simples. F. DE LAPERSONNE.

Bericht über ein achtjähriges Kind, etc. (Observation d'un enfant de huit ans atteint de cataracte congénitale totale ; sa manière d'être pendant les trois premières semaines qui suivirent le rétablissement de la fonction visuelle), par **FISCHER** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *décembre* 1888).

Le second jour après l'ablation du pansement (les plaies cornéennes étant totalement guéries), l'enfant ouvre facilement les yeux au grand jour ; il ne reconnaît aucun des objets habituels, que le toucher lui permet d'habitude de reconnaître immédiatement; il ne peut se conduire; des verres + 9 et + 16 D. n'améliorent en rien la vision; il suit cependant les mouvements de son entourage ; dans une chambre obscure, les yeux suivent simultanément et régulièrement une lumière.

Le lendemain, l'enfant reconnaît un verre à boire bleu, probablement à cause de sa couleur; il voit un bandeau blanc que porte un autre malade, les couleurs ne sont pas reconnues; quant aux dimensions des objets, il n'en a pas idée. Il semble se conduire plus facilement dans sa chambre, sans se servir autant du toucher.

Le quatrième jour, il commence à reconnaître des fruits qu'on lui avait montré les jours précédents, ainsi qu'une tasse, un verre et une assiette. Il commence à se rendre compte des dimensions des objets.

Le cinquième jour, d'autres objets sont reconnus; l'enfant évite les obstacles, se conduit seul dans la chambre, descend les escaliers sans s'aider avec les pieds, et joue assez facilement, au jardin, avec une pelote grosse comme une tête d'enfant.

Les jours suivants, les progrès sont de plus en plus sensibles; d'autres objets sont reconnus, l'enfant se conduit bien plus facilement et joue même avec d'autres enfants.

Trois semaines après l'opération, l'enfant ne voyait pas encore stéréoscopiquement. ROHMER.

Fall von Linsenkapselverletzung (Blessure de la capsule cristallinienne), par **HOSCH** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 3, *p.* 80, 1er *février* 1889).

Les déchirures des capsules antérieure ou postérieure du cristallin sont rares. Bresgen en a réuni 10 cas dont 6 personnels; Becker en a fait connaître un 11e.

Hosch en a observé un exemple chez un garçon de 13 ans 1/2 qu'il avait déjà soigné antérieurement pour un trouble du segment supéro-interne de la capsule cristallinienne et de la portion correspondante de cornée.

Le même œil ayant été atteint par une boule de neige, Hosch constata une plaie capsulaire longue de 2 millimètres qui donna issue quelques jours plus tard à une masse ayant le brillant de l'amiante. Le 34e jour survint une perforation, et le reste du cristallin se troubla.

Au commencement du 4e mois, la plaie de la capsule se cicatrisa et il se fit un peu d'iritis. Hosch procéda à l'extraction du cristallin durant laquelle il y eut issue d'une partie du corps vitré.

L'enfant guérit parfaitement ; sa vision est égale à 1/3. J. B.

Enclavement de l'iris consécutif à l'extraction de la cataracte, par BORRIS (*Thèse de Lyon*, 1889).

L'occlusion dans la plaie avec ou sans staphylome extérieur survient environ 8 fois pour 100 dans les extractions simples : accident purement mécanique, cet enclavement est dû à l'élévation immédiate ou secondaire de la pression intra-oculaire : cette hypertension est due elle-même à un état glaucomateux transitoire, à un gonflement de débris cristalliniens, etc. L'ésérine n'empêche que rarement cet accident, l'atropine ne paraît pas avoir d'influence fâcheuse comme moyen préventif. Gayet conseille l'usage de la cocaïne qui abaisse la tension et favorise les manœuvres opératoires; en second lieu, le lavage de la chambre antérieure, à grande eau, sous pression modérée, combinée avec un massage méthodique, contribue à chasser complètement les débris cristalliniens.

F. DE LAPERSONNE.

Pathogénie et formes cliniques de l'ophtalmie sympathique, par LOUVET (*Thèse de Paris*, *n°* 150, 1889).

Il y a deux formes principales d'ophtalmie sympathique bien différentes par leur pathogénie, leurs symptômes et leur pronostic. La première est l'ophtalmie migratrice de Deutschmann, de nature infectieuse; la voie de propagation est constituée par les gaines des nerfs optiques, elle débute par la papillite, et son pronostic est très grave. La seconde forme répond à l'ancienne théorie, elle résulte d'un processus irritatif qui retentit sur l'autre œil d'une façon réflexe par l'intermédiaire des nerfs ciliaires; caractérisée par une iridocyclite, elle est beaucoup moins maligne que la première forme. Elles sont justiciables toutes deux de l'énucléation, mais tandis que dans l'ophtalmie migratrice elle s'impose d'une façon précoce, elle peut quelquefois être évitée si on fait, avant les accidents sérieux, une simple sclérotomie rétrocicatricielle (Abadie).

F. DE LAPERSONNE.

Pathogénie du glaucome, étude critique et expérimentale, par PICQUÉ (*Arch. d'ophtalm.*, *IX*, *f.* 1, *p.* 21).

S'appuyant sur la clinique, sur l'anatomie pathologique et sur un certain nombre d'expériences faites dans le laboratoire de Marey, l'auteur discute les différentes théories émises sur la pathogénie du glaucome. Pour lui, le glaucome chromique simple doit surtout être envisagé comme un mode d'atrophie papillaire, accompagnée ou non d'une tension glaucomateuse dont le rôle est secondaire dans la production de l'excavation. Les théories émises sur le glaucome ne peuvent donc trouver leur application dans ce premier cas. Quant au glaucome vrai, il semble bien plutôt sous la dépendance de lésions vasculaires : l'expérimentation prouve que la tension glaucomateuse leur est subordonnée. C'est donc à la théorie de Panas qu'il faut avoir recours. Le glaucome chronique irritatif est de nature inflammatoire, il peut compliquer les autres formes, mais il ne peut être considéré comme une variété séparée. La théorie de l'obstruction ne serait applicable à aucune forme. F. DE LAPERSONNE.

I. — Ueber die bei der multiplen Herdsklerose vorkommende Amblyopie (**De l'amblyopie dans la sclérose en plaques**), **par W. UHTHOFF** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 23, *p.* 514, 10 *juin* 1889).

II. — Discussion à la Société médicale de Berlin (*Ibidem*, *n°* 21, *p.* 481, 27 *mai* 1879).

I.—Uhthoff a étudié 100 malades atteints de sclérose en plaques, sous le rapport des troubles visuels. Sur les 6 autopsies où il a examiné les nerfs optiques, 5 fois il les a trouvés lésés. Dans l'un de ces cas, on n'avait constaté pendant la vie ni troubles de la vision ni altérations du fond de l'œil; c'est que les lésions trouvées à l'autopsie occupaient essentiellement le segment postérieur des nerfs.

Généralement, ces altérations consistent en processus interstitiels, en une multiplication des noyaux, surtout dans les tractus les plus fins du tissu conjonctif interstitiel. Les lésions atrophiques de la substance nerveuse sont secondaires. La gaine de myéline des fibres nerveuses disparaît. Souvent les altérations sont beaucoup plus graves que dans l'atrophie tabétique avec cécité, et cependant la vision reste à peu près intacte. La portion intra-oculaire du nerf optique n'offre habituellement que des lésions insignifiantes, quelle que soit l'intensité des lésions rétro-bulbaires.

Voici les résultats de l'examen ophtalmoscopique des 100 malades :

1. Décoloration atrophique des papilles chez 40 :

a) atrophie manifeste du nerf optique chez 3 (2 bilatérales dont 1 avec cécité) ; *b*) décoloration atrophique incomplète de la totalité de la papille, chez 19 (7 bilatérales) dont 8 n'avaient pas de troubles visuels marqués ; *c*) décoloration atrophique seulement de la partie temporale des papilles chez 18, dont 11 bilatéralement ; 6 de ces malades n'avaient aucun trouble de la vue.

2. Lésions de la névrite optique chez 5 (2 fois bilatérales) dont 4 avaient des troubles de la vision.

3. Lésions sans rapports directs avec la sclérose médullaire chez 7 malades :

a) cataracte chez 1 ; *b*) ancien trouble cornéen chez 1; *c*) synéchies postérieures chez 1 ; *d*) anomalies congénitales chez 4.

4. Absence de lésions chez 48, dont 5 avaient des troubles visuels et 1 autre même des lésions des nerfs optiques constatées à l'autopsie.

En somme, 45 0/0 des malades offraient des lésions ophtalmoscopiques en rapport avec l'affection médullaire, mais l'intensité et l'étendue des altérations du fond de l'œil dans la sclérose en plaques ne permettent aucune conclusion directe quant à l'étendue et au degré des lésions de la portion rétro-bulbaire des nerfs optiques, non plus que des troubles visuels eux-mêmes.

Parmi les 48 malades chez lesquels l'examen ophtalmoscopique fut négatif, 5 avaient des troubles visuels. Uhthoff a pu pratiquer des mensurations du champ visuel sur 25 malades : 14 avaient un scotome central absolu ou relatif (4) ; 6 un rétrécissement périphérique plus ou moins irrégulier du champ visuel, ne portant parfois que sur les couleurs ; 2 avaient en même temps l'une et l'autre anomalie ; 2 les avaient

présentées seulement l'une après l'autre; enfin, 1 avait un rétrécissement concentrique fonctionnel et régulier du champ visuel sans aucune lésion du nerf optique. Le scotome central était bilatéral chez 8 malades, le rétrécissement périphérique chez 4.

Un seul des 100 malades avait une amaurose totale et permanente des 2 côtés. Deux avaient un affaiblissement notable de l'acuité visuelle sans la moindre anomalie du champ visuel.

Uhthoff a eu des renseignements sur le mode de début et l'évolution des troubles visuels chez 24 malades. Chez un tiers (8), le début de l'amblyopie avait été brusque; chez 5, il avait été très rapide; chez 9, très graduel; chez les 2 derniers, il avait été brusque d'un côté et très graduel sur l'autre œil. 11 fois sur 24, la vision s'améliora considérablement au bout de quelque temps, et même 2 fois elle redevint parfaitement normale. Plusieurs malades offraient des alternances d'aggravation et d'amélioration (*R. S. M.*, XXVI, 731 et 732).

II. — Dans la discussion, *Remak* fait ressortir toute l'importance de ces lésions ophtalmoscopiques pour le diagnostic différentiel de certaines formes de sclérose en plaques, notamment de la paralysie spasmodique qui se rencontre aussi dans l'hystérie et de l'hémi-parésie spinale qui est le plus souvent signe d'une myélite transverse.

Feilchenfeld rapporte le cas suivant de sclérose en plaques : Homme traité il y a 7 ans pour une névrite optique avec scotome et rétrécissement central du champ visuel, même pour les couleurs. Il n'avait pas d'autres troubles morbides, et les symptômes oculaires rétrocédèrent rapidement. 5 ans plus tard apparaissent les signes d'une sclérose en plaques. L'autre œil présente à son tour les phénomènes d'une névrite optique avec diminution considérable de l'acuité visuelle et rétrécissement central du champ visuel, mais sans scotome. J. B.

Des manifestations ophtalmoscopiques de la méningite tuberculeuse, par A. DUCAMP (*Thèse de Montpellier*, n° 9, 1888-1889).

Les lésions méningitiques du fond de l'œil sont de nature tuberculeuse (tubercule de la choroïde) ou bien d'ordre mécanique ou inflammatoire (œdème, perinévrite, névrite et atrophie du nerf optique).

L'image ophtalmoscopique varie avec la manière d'être de la tuberculose méningée; et s'il s'agit d'un volumineux tubercule, on a la papille étranglée des tumeurs cérébrales; l'altération est bien moins marquée, s'il s'agit, au contraire, de méningite tuberculeuse aiguë de la base ou même de la convexité. Les poussées même de méningite chronique peuvent donner naissance à des lésions ophtalmoscopiques, comme l'établissent des observations originales.

L'ophtalmoscope fournit un moyen puissant de diagnostic, et il indique, si le trouble du nerf est unilatéral, que la lésion méningitique siège du même côté, dans les cas de vraie méningite, du côté opposé dans les cas de tubercule méningé, comme Nettleship l'a établi.

Quant au pronostic, une observation inédite montre qu'il est moins grave, la cécité fût-elle complète, si l'état anatomique est en complet désaccord avec l'état fonctionnel.

L'électricité et l'iodure de potassium ont donné d'incontestables succès. A. MOSSÉ.

The papillitis of sunstroke (Papillite par coup de soleil), par **ALLEMAN** (*N.-York med. Journ., p.* 489, 5 *mai* 1888).

L'inflammation de la papille du nerf optique peut être la conséquence de l'insolation ou de l'action d'une vive lumière.

Un forgeron, âgé de 28 ans, est chargé, un jour de grande chaleur, d'alimenter un fourneau dont l'ardeur est extrême; le second jour, après midi, il est obligé de quitter son travail. Il a une céphalalgie intense et tombe plusieurs fois avant d'arriver à la maison.

Le lendemain, engourdissement des membres du côté gauche; du même côté, troubles de la vision, les objets semblent enveloppés d'un nuage.

Au bout de trois semaines, il se présente à la clinique. La parésie des membres a disparu. A gauche, pupille légèrement dilatée; vision presque abolie; les milieux transparents sont sains, mais la papille est gonflée, saillante, ses bords sont indistincts; il y a l'aspect floconneux caractéristique. Les veines sont gonflées, les artères légèrement rétractées. La rétine paraît, du reste, normale.

L'auteur n'a vu le malade qu'une seule fois. L. GALLIARD.

Zur Pigmententartung des Netzhaut (Pigmentation de la rétine), par **HIRSCHBERG** (*Centralbl. f. Augenheilk., février* 1889).

Un individu de 23 ans se plaint d'héméralopie; ses parents ne sont nullement consanguins, ses frères et sœurs n'ont aucune lésion oculaire. Le champ visuel à la lumière du jour est un peu rétréci, plus à droite qu'à gauche; mais avec un faible éclairage, le champ visuel se réduit à 3°. A l'ophtalmoscope, on voit à la périphérie de la rétine les taches de pigment caractéristique de la rétinite pigmentaire. Mais toute la partie médiane du fond de l'œil est recouverte de petites taches blanchâtres renfermant chacune deux ou trois grains de pigment. Toute cette partie de la rétine, dit l'auteur, est évidemment celle qui perçoit encore les objets à un bon éclairage, mais qui ne voit plus lorsque cet éclairage diminue. L'examen ophtalmoscopique est bien d'accord avec ce que donne l'examen microscopique, et confirme les présomptions que l'on peut avoir sur le rôle du rouge rétinien. ROHMER.

Ueber selbstständige eitrige Netzhautentzündung (Rétinite suppurée primitive), par **SCHOBL** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mars* 1889).

Longtemps niée, parce qu'on prétendait qu'il n'y avait pas dans la rétine d'éléments pouvant fournir du pus, la rétinite suppurative fut décrite pour la première fois par Virchow chez un individu mort de néphrite, qui devint subitement aveugle peu de temps avant sa mort, et chez lequel on trouva des embolies multiples dans les petites artères et les capillaires, partant de la suppuration dans la choroïde, le corps ciliaire et la rétine. Nagel, en 1860, en décrit un cas analogue; la même année, Graefe et Schweigger, puis, en 1861, Ritter, Schiess et d'autres en publient des cas semblables, et font des expériences montrant la possibilité et la réalité de l'existence de la lésion. Knapp, en 1867, et Berlin, en 1868, démontrent que, soit qu'il s'agisse d'une rétinite métastatique, soit d'une rétinite consécutive à la pénétration de corps étrangers dans l'œil, la rétinite est toujours précédée d'une choroïdite suppurative. Cependant, Œller et Hirschberg, en 1879 et 1880, démontrent que la rétine peut suppurer sans choroïdite antérieure.

Schöbl, pour sa part, range tous ces faits et ceux qu'il a pu observer

en deux catégories : 1° rétinites purulentes aiguës traumatiques consécutives à la pénétration dans le corps vitré de corps étrangers à travers la cornée, surtout d'éclats de capsules ; 2° rétinites purulentes chroniques qui évoluent avec l'image clinique de la choroïdite purulente, et qui, comme pseudo-gliomes, ressemblent tellement à des gliomes vrais, que le diagnostic est souvent très difficile et même impossible.

Dans trois cas de la première catégorie, Schöbl a observé la pénétration d'un éclat de capsule comme étiologie; le corps étranger avait toujours pénétré par le centre de la cornée et du cristallin jusque dans le corps vitré, sans lésions du tractus uvéal ; toujours le corps étranger était placé contre l'hyaloïde, sans que jamais on eût pu observer de solution de continuité soit de la choroïde, soit de la rétine. Dans les cas, au contraire, où le corps étranger, pénétrant par la périphérie de la cornée, a lésé l'iris, la sclérotique et la choroïde, il semble que la choroïdite purulente apparaisse en premier lieu, tandis que la rétinite n'est que secondaire.

De la seconde catégorie de cas, l'auteur n'en a observé qu'un seul ; on avait diagnostiqué un gliome, quand l'examen anatomique de l'œil énucléé fit découvrir une suppuration du corps vitré et de la rétine avec intégrité de la choroïde et du corps ciliaire seulement un peu aplatis et comprimés. L'auteur pense qu'au début de la maladie le diagnostic est extrêmement difficile entre le gliome et la rétinite suppurée. Il croit que le processus inflammatoire a pénétré dans l'œil par le nerf optique et, de la papille, s'est propagé à la rétine et au corps vitré. Quant au point de départ primitif, l'auteur croit qu'il pourrait s'agir de lésions de la base du crâne qui, dans certains cas, seraient le point d'origine du mal. ROHMER.

Ueber einen Fall von Retinitis haemorragica albuminurica mit Ausgang in Genesung (Cas de rétinite hémorragique albuminurique avec guérison), par ADAMÜCK (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., avril* 1889).

Un homme de 46 ans se plaint de troubles oculaires le soir : V=20/20 avec myopie 1/30 ; à l'ophtalmoscope, on voit le fond de l'œil normal et la papille un peu élargie et un peu plus rouge qu'à l'état normal. Etant presbyte, on lui prescrit pour la vision de près des verres convexes 36 et pour la vision de loin des concaves 30. Un an plus tard, il revient avec un état général pitoyable et une acuité visuelle de 20/100 à gauche, 16 20/200 à droite ; la vision centrale était surtout diminuée.

Dans les deux yeux, l'ophtalmoscope montre des hémorragies surtout notables autour des macules ; les papilles, bien limitées, sont encore plus rouges qu'il y a un an ; en même temps on découvre une grave affection des reins. Au bout de 3 semaines, l'œil gauche avait : V=20/70 et le droit 20/100. Les hémorragies du fond de l'œil avaient presque totalement disparu ; la vision centrale était encore très affaiblie. — Un an plus tard, la guérison était complète. ROHMER.

Ruptur der Aderhaut ; Pseudo-cysticercús im Glaskörper und Nystagmus des rechten Auges. Hippus (Rupture de la choroïde ; pseudo-cysticerque dans le corps vitré et nystagmus de l'œil droit. Hippus), par LUDWIG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., février* 1889).

Jeune homme de 23 ans qui, à l'âge de 12 ans, reçut avec un râteau un

coup sur l'œil droit; pendant les trois mois suivants, il y eut perte de connaissance et délire. Depuis ce moment, la vue est restée supprimée de cet œil.

Actuellement, on constate que sur la paupière supérieure droite, un peu audessous du rebord orbitaire, est une petite cicatrice linéaire, longue de deux centimètres, mobile, parallèle au rebord de l'orbite; au-dessus de l'angle interne de l'œil, autre cicatrice grosse comme une lentille. A 8 millimètres audessous du milieu de la cornée est une tache nettement limitée, assez épaisse, grosse comme une forte tête d'épingle.

A l'ophtalmoscope, on voit dans le fond de l'œil, au-devant de la papille et attenant à elle par un pédicule assez large, une vésicule grosse comme trois fois le diamètre papillaire, bleuâtre, sans vaisseaux, arrondie de tous côtés; se détachent de cette masse des filaments qui vont se prolongeant dans le corps vitré. D'après l'examen ophtalmoscopique, cette masse semble avoir 2 millimètres d'épaisseur.

En dessous de cette vésicule, on voit plusieurs lignes blanchâtres parcourant le fond de l'œil et bordées de pigment; les vaisseaux rétiniens passent nettement sur ces lignes, et vont disparaître derrière la vésicule, à un endroit qu'à cause de ce fait même on soupçonne être la papille. Amaurose absolue; tension normale; nystagmus vertical un peu irrégulier. Les pupilles des deux yeux, lorsque l'éclairage est égal, subissent constamment des mouvements d'élargissement et de contraction, qui ne tiennent ni au nystagmus, ni au pouls, ni à la respiration. Les mouvements associés des deux yeux se font bien.

En somme, à la suite du traumatisme, rupture de la choroïde par contre-coup, puis inflammation des membranes de l'œil, ainsi que du corps vitré, le tout accompagné de méningite, à laquelle il faut attribuer le nystagmus survenu immédiatement après l'accident, ainsi que les contractions alternatives des pupilles. ROHMER.

Beiträge zur Geschwulstlehre des Auges (Contribution à l'étude des tumeurs de l'œil), par BARRENCHER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *avril* 1889).

Dans un cas, il s'agit d'un fibro-sarcome développé dans l'orbite chez un garçon de 13 ans; on énucléa l'œil et on enleva la tumeur. La récidive eut lieu dans l'œil du côté opposé.

Dans le second cas, on voit un sarcome, parti de la conjonctive et survenu à la suite d'un traumatisme léger, envahir l'œil et nécessiter son extirpation, ainsi que l'énucléation du globe de l'œil; la tumeur récidiva sur place, et on dut recourir à une seconde opération plus radicale, avec raclage, cautérisation, etc. ROHMER.

De l'ossification dans l'œil, par GROSSMANN (*Arch. d'ophtalm., IX, n°* 2, *p.* 137).

D'après Knapp et Becker, tous les tissus de l'œil pourraient contribuer à la formation du tissu osseux. De nombreuses observations sont venues réfuter cette assertion. La sclérotique et la cornée, par exemple, ne contiennent que des dépôts calcaires, mais jamais d'os. Si l'on rencontre des ossifications dans le corps vitré, la rétine et le cristallin, c'est qu'elles ont pénétré par les exsudats venus de la choroïde. C'est particulièrement la chorio-capillaire qui donne lieu aux exsudats, qui plus tard donnent naissance au tissu osseux. Dans le cas rapporté par Grossmann il y avait un corps étranger (fragment de cartouche) qui, supporté pendant plus de quatorze ans, avait donné lieu ensuite à des accidents sympathiques. F. DE LAPERSONNE.

The transplanting of a rabbit's cornea into the human eye, par J. J. CHISOLM (*New York med. record, p.* 13, 5 *janvier* 1889).

Malade ayant eu une brûlure par projection de chaux dans l'œil; depuis 3 ans, symblépharon unissant les globes oculaires et les paupières. L'auteur avait auparavant libéré l'œil gauche et disséqué deux fois les tissus placés devant la cornée transparente dans l'espoir de trouver une portion translucide; les deux fois il se forme un tissu de granulation et la cornée se retrouve opaque et grisâtre. Avec l'instrument de Hippel, on trépane la cornée de cet homme, laissant une fine membrane limitant la chambre antérieure de l'œil. Avec le même instrument, Chisolm enlève un morceau de la cornée transparente d'un lapin; il la met en place, sa membrane de Descemet couvrant la membrane de Descemet du patient. L'œil est ferme et maintenu par une légère compression; en quelques jours l'adhérence s'établit sur la périphérie. La cornée du lapin se vascularise et il se forme un léger pannus; l'auteur, par la suite, sectionne les plus gros troncs périphériques.

Il y a maintenant six mois, l'union est parfaite, mais on distingue très bien la ligne circulaire d'implantation; la couleur est grisâtre et un lacis rougeâtre entoure la nouvelle cornée.

La vision présente une grande amélioration. L'expression du visage est toute changée; l'opéré évite les obstacles sur sa route, il voit les gens à dix pieds, mais ne les reconnaît pas. De mois en mois jusqu'ici sa vue s'est améliorée.

Les conditions de cette opération, dont l'auteur développe les conséquences, c'est la conservation de l'élasticité de la membrane de Descemet et la persistance d'une chambre antérieure normale pleine d'humeur aqueuse.

P. DUFLOCQ.

I. — Des naphtols et plus particulièrement du naphtol α dans le traitement de quelques affections oculaires, par DUPONT (*Thèse de Paris, n°* 132, 1889).

II. — Traitement de la conjonctivite granuleuse par le naphtol β, par DELAGÉNIÈRE (*Arch. d'ophtalm., IX, f.* 1, *p.* 11).

I. — La solution employée a été de 0,20 pour 1,000 d'eau distillée; employée seule elle ne guérit pas l'ophtalmie purulente des nouveau-nés ni l'ophtalmie blennorragique, mais c'est un antiseptique d'une valeur incontestable agissant plus particulièrement sur le phénomène de la tuméfaction; il peut être associé utilement au nitrate d'argent, mais il ne doit jamais le remplacer. En pommade, à la dose 0,10 par 30 grammes de vaseline, il amènerait la guérison des granulations et donnerait de très bons résultats contre le pannus.

II. — On se sert de pommades à 0,10, 0,20 et 0,30 pour 30 grammes de vaseline et on fait avec cette pommade des massages sur la paupière renversée, puis on lave avec une solution de naphtol à 0,20 pour 1,000. La réaction est toujours intense, il y a de la douleur, du blépharospasme et un certain degré de congestion de la conjonctive, aussi faut-il arriver progressivement à la formule à 1 0/0. Les précautions doivent être plus grandes s'il existe des altérations de la cornée. Les résultats ont été très bons dans la plupart des cas; chez les sujets atteints de conjonctivite granuleuse simple et à début peu éloigné le naphtol a amené une prompte guérison; il réussit même dans certains cas de trachomes; il ne paraît avoir que peu d'influence sur le pannus.

F. DE LAPERSONNE.

De la valeur et des méthodes de lavage des chambres oculaires, par WICHERKIEWICZ (*Revue gén. d'ophtalm., VIII, n° 3, p.* 97).

Les lavages intraoculaires peuvent être employés comme moyen antiseptique dans les opérations de l'œil sain et de l'œil infecté, pour mieux éliminer le sang ou le pus contenu dans la chambre antérieure. Mais c'est surtout pour éliminer les restes du cristallin après l'extraction de la cataracte mûre, non mûre ou traumatique, que l'auteur se sert de ce moyen. Il revient sur son procédé et sur son petit appareil, l'*ondine*, qui permet de projeter un jet de liquide plus ou moins fort. L'eau distillée bouillie et refroidie à environ 30° est le liquide qui convient le mieux à ce lavage, car il est tout à fait stérilisé et n'irrite point l'œil. Pour pratiquer un lavage efficace, il faut faire l'iridectomie.

F. DE LAPERSONNE.

Zweifach Iodquecksilber und Iodkalium als intramusculäre Einspritzung (Injection intra-musculaire d'une solution double de biiodure d'hydrargyre et d'iodure de potassium), par FISCHER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mars* 1889).

Les observations ont été faites à la clinique de Schœler avec une solution à 1 0/0 de biiodure d'hydrargyre et 10 0/0 d'iodure de potassium. Tous les deux jours, on injectait dans les muscles du dos et de la fesse une seringue de la solution : 20 à 30 injections suffisaient pour amener la guérison, ou au moins une notable amélioration. Dans les cas suivants, le résultat a toujours été de beaucoup supérieur à ce qu'il aurait pu être avec les anciennes manières de faire, iode et mercure par la bouche et frictions mercurielles.

Dans des cas de décollement de la rétine traités par des injections de teinture d'iode dans le corps vitré, on a vu celui-ci s'éclaircir dans l'espace de trois à quatre semaines, après 14 à 20 injections sous-cutanées. On a encore employé celles-ci dans des affections syphilitiques, iritis récentes avec gommes et hypopion, irido-choroïdites et rétino-choroïdites avec troubles du corps vitré.

Les injections en question ont encore trouvé leur application dans des irido-choroïdites rhumatismales avec troubles du corps vitré, dans les altérations centrales du fond de l'œil chez les myopes, et contre les hémorragies du corps vitré difficiles à faire résorber.

Enfin, la kératite parenchymateuse a été favorablement influencée par les injections.

L'auteur ne voit qu'une ombre au tableau, ce sont les fortes douleurs que provoquent souvent les injections sous-cutanées de sels de mercure.

ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Ueber einen congenitalen behaarten Rachenpolypen (Sur un polype congénital et pileux de la voûte palatine), par Richard OTTO (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., Band CXV, Heft* 2).

Otto a enlevé sur un enfant à la naissance (17 heures après la naissance) une tumeur palatine, qui faisait saillie dans l'arrière-cavité des fosses nasales et qui avait les dimensions d'une grosse noisette.

L'examen microscopique l'a montrée revêtue d'une membrane à structure analogue à celle de la peau, avec présence de follicules pileux et de leurs muscles érecteurs. De plus un petit nodule de 1 à 2 mm, formé de cartilage hyalin, occupait la partie centrale de la tumeur.

S'agit-il ici d'une malformation tenant à l'oblitération anormale des cavités nasales, ou bien de l'inclusion d'un germe fœtal? Otto, sans se prononcer, ne rejette ni l'une ni l'autre de ces interprétations.

ED. RETTERER.

Zur Casuistik des primären Epithelialcarcinoms des harten Gaumens (Un cas d'épithélioma primitif de la voûte palatine), par KRONACHER (*Deutsche Zeits. f. Chirurgie, XXIX, p.* 193 ; 1889).

Un homme d'âge non indiqué, indemne de syphilis, a un abcès d'origine dentaire auquel succède une ulcération sur la voûte du palais ; sous l'influence d'irritations répétées, fumée de tabac, dentier, aliments, etc., et de cautérisations répétées, cette ulcération s'agrandit et prend, au bout de quelques mois, le caractère épithélial, tandis que la muqueuse avoisinante devient le siège d'un psoriasis buccal. Opération au thermo-cautère et à la cuiller tranchante; perforation consécutive de la voûte palatine. Quelques mois plus tard récidive et généralisation dans les ganglions sous-maxillaires. L'examen histologique fit voir qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux typique.

L'intérêt de cette observation est dans la rareté du cancer primitif de la voûte palatine dont jusqu'ici il n'avait été signalé qu'un seul cas par Krabbel, et dans la coïncidence de la leucoplasie, que Billroth considère justement comme un signe précurseur du cancer. L'auteur insiste sur le diagnostic différentiel de cette ulcération avec la syphilis. DE SANTI.

A case of epithelioma of the soft palate, par CARY (*New York med. record, p.* 414, 13 *octobre* 1889).

Homme de 60 ans, cordonnier, se plaint d'une tumeur au palais qui le gêne pour avaler. Un an avant, inflammation de la gorge qui a été diagnostiquée diphtérie; quelque temps après il vit une petite tumeur comme la moitié d'une noisette enchâssée à la base de la luette à son union avec l'arche palatine. Extirpation avec le galvano-cautère. Pendant six mois guérison apparente. Mais dans les trois mois qui suivirent douleur croissante à la déglutition. Ni alcoolisme ni syphilis, mais abus du tabac. Actuellement tuméfaction bien limitée faisant une saillie d'un dixième de pouce, semi-circulaire et ayant un pouce de diamètre; la muqueuse paraît saine.

On extirpe une parcelle qui, soumise à l'examen microscopique, montre qu'il s'agit d'un épithélioma. P. DUFLOCQ.

I. — Ein zweiter Fall von Schimmelmycose des Rachendaches (Un second cas de moisissure de la voûte pharyngée), par F. SIEBENMANN (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, *n°* 4, *p.* 73; 1889).

II. — Pharyngeal mycosis, par VANDERPOEL (*N. York med. journ.*, *p.* 147, 9 *février* 1889).

I. — Le premier cas avait été observé par Schubert, chez une vieille femme de 75 ans, affectée de catarrhe pharyngien sec.

Dans le fait de Siebenmann, il s'agit d'une trouvaille d'autopsie chez une femme ayant succombé à des lésions syphilitiques tardives et généralisées. Parmi ces lésions figurait une carie très étendue de la cavité pharyngo-nasale. Au niveau de la partie moyenne de la voûte pharyngée, on observait une masse mortifiée recouverte d'une couche de moisissure d'un gris verdâtre, dans laquelle le microscope révéla la présence de l'aspergillus fumigatus, de l'aspergillus nidulans et du mucor corymbifer.

Les poumons étaient sains. L'autopsie n'ayant été pratiquée que 36 heures après la mort, l'auteur fait remarquer qu'il est inadmissible que les moisissures se soient développées post mortem. LUC.

II. — Parmi les affections parasitaires de la gorge, l'auteur décrit le mycosis leptothrix, qui se présente sous deux formes, l'une diffuse, l'autre circonscrite. Dans la première, il y a sur la langue un enduit blanc assez épais pour cacher les papilles, et cependant le sens du goût n'est pas compromis. Dans la seconde forme, on voit des points blancs apparaître sur la langue, le voile du palais, les amygdales, la paroi du pharynx, isolés ou se réunissant pour constituer de véritables petites excroissances. Le patient se plaint de sécheresse de la gorge ; il tousse et expectore.

Le meilleur traitement est la destruction des saillies par le galvanocautère; les acides échouent.

Au microscope on trouve des spores de divers ordres, incolores, à contours nettement accentués, remplis de granulations, et, d'autre part, des corps réfringents, arrondis ou ovales, enfin une matière amyloïde qui se colore par le violet de gentiane et le bleu de méthyle. L. GALLIARD.

Anatomische Beiträge zur Frage über die sogen. « Bursa pharyngea. » (Contribution anatomique à l'étude de la région dite « Bourse pharyngée »), par Hermann SUCHANNEK (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, *p.* 267; 1889).

Après une courte revue de la question dans laquelle les travaux de Schwabach, Mégevant, Ganghofner, Froriep sont rapidement résumés, l'auteur s'attache à combattre l'opinion de Luschka, reprise par Mégevand, d'après laquelle la bourse pharyngée serait un débris fœtal du canal hypophysaire de Rathke.

Déjà Ganghofner avait montré que le canal en question pénètre dans le corps du sphénoïde bien en avant du siège habituel de la bourse pharyngée. Une trouvaille d'autopsie a permis à Suchannek d'apporter dans ce débat un argument anatomique d'une grande valeur. Il a pu, grâce à l'obligeance de Klebs, observer, chez une petite fille de 4 ans, morte de diphtérie, un cas de persistance du canal hypophysaire. Or ce trajet, situé précisément en face de l'hypophyse et dans sa direction, se ter-

minait immédiatement en arrière du vomer, à 2 centimètres en avant du siège habituel de la bourse pharyngée.

Quant à cette dernière cavité, Suchannek, s'appuyant sur les variétés présentées par son orifice et sur la structure de ses parois, la considère comme une dépression du tissu de l'amygdale pharyngée. Enfin, dans la dernière partie de son article, il s'attache à démontrer que, contrairement à l'opinion commune, l'atrophie de la tonsille pharyngée, au moment de la puberté, n'est pas un processus physiologique. LUC.

Der chronische Catarrh des Cavum pharyngonasale und die Bursa pharyngea, par F. SIEBENMANN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 12, *p.* 356, 15 *juin* 1889).

Même dans ses formes légères, le catarrhe naso-pharyngé hypertrophique s'accompagne ordinairement d'hypertrophies de l'extrémité postérieure de la cloison et des cornets et d'une tuméfaction notable du tissu caverneux des extrémités antérieures des cornets.

L'excès de sécrétion provient de toute la surface de l'amygdale pharyngienne et non pas seulement du cul-de-sac médian ou de la bourse pharyngée.

Il n'existe pas de bourse pharyngée au sens de Meyer et Luschka, de Tornwaldt et de Mégevand. Bien plus, dans les catarrhes hypertrophiques intenses, on n'observe pas habituellement de lacune un peu nette au niveau du bord postérieur de l'amygdale pharyngée. En revanche, il est fréquent de rencontrer un cul-de-sac médian assez profond dans les hypertrophies de faible degré.

Des kystes de l'amygdale pharyngée existaient chez plus d'un tiers des malades examinés par Siebenmann.

L'abrasion de l'amygdale pharyngée, avec l'instrument de Gottstein, constitue, même pour les formes légères du catarrhe naso-pharyngien hypertrophique, une méthode de traitement à la fois simple, efficace et inoffensive. Au contraire, un traitement purement médicamenteux, les douches nasales et badigeonnages donnent rarement un résultat satisfaisant. Les complications nasales disparaissent souvent spontanément à la suite du traitement chirurgical.

En cas de catarrhes tubaires, d'otites moyennes, de coryzas chroniques, de granulations de la paroi postérieure du pharynx, ainsi que de catarrhes du larynx, on doit aussi explorer l'amygdale pharyngée et l'abraser s'il y a lieu.

Il en est de même pour les toux, asthmes, céphalées, otalgies et névralgies faciales, où l'on ne trouve aucune autre lésion. J. B.

Der Catarrh des Recessus pharyngeus medius, par R. KAFEMANN (*In*-8°, *Wiesbaden*, 1889).

Après avoir résumé d'une façon détaillée l'historique de cette question, Kafemann est amené à conclure que si l'on ne peut démontrer d'une façon péremptoire anatomiquement l'existence d'une bourse pharyngée, il n'en existe pas moins une affection particulière de cette région, telle que l'a décrite Tornwaldt. La localisation se fait dans les dépressions médianes de la muqueuse. Le traitement de ce catarrhe pharyngé consiste en la destruction, au moyen de la curette, des parties malades. Vingt observations de la pratique de l'auteur. A. CARTAZ.

I. — Un cas type de bourse de Lushka, par GELLÉ (*Annales des maladies de l'oreille, p.* 257, *mai* 1889).

II. — Un caso tipico di borsa faringea, par G. FICANO (*Boll. delle anat. dell' orecchio, septembre* 1889).

III. — Des kystes du pharynx, par Paul RAUGÉ (*Lyon méd.*, 15 *septembre* 1889).

I. — Il s'agit d'une pièce très remarquable provenant d'un sujet mort de rhumatisme cérebral sans avoir présenté de symptôme pharyngé spécial.

On observe sur la partie médiane de la muqueuse de la voûte pharyngée une saillie en forme de mamelon circulaire, percée d'un orifice central également circulaire par lequel on apercevait une gelée claire de mucus demi-solide. Un stylet enfoncé à travers l'orifice de la bourse, perpendiculairement à la surface de l'os basilaire, s'enfonce presque d'un centimètre; sur la pièce modifiée pour l'issue du contenu de la poche, les parois flasques pouvaient être soulevées, en avant surtout, dans l'étendue d'un centimètre, ainsi que sur les côtés; en arrière il y avait moins de profondeur (1/4 de centimètre). L'orifice présentait 2 millimètres de diamètre. LUC.

II. — Ficano a rencontré chez un jeune garçon atteint de surdité avec catarrhe naso-pharyngé un cas très net de bourse pharyngée Cette bourse, comme il a pu s'en assurer par l'ablation avec la pince, était formée par la muqueuse un peu plus épaisse et plus brillante. La poche ne contenait pas de liquide. A. C.

III. — Les kystes du pharynx, généralement de petites dimensions, un pois à un grain de raisin, s'observent aussi souvent sur les côtés qu'au milieu de la voûte. Ce n'est souvent qu'une poche peu saillante, aplatie, s'enfonçant dans la profondeur et dont l'existence n'est révélée que par le cortège symptomatique, tantôt de troubles réflexes variés, tantôt d'accidents d'irritation laryngo-pulmonaire, tantôt enfin de symptômes douloureux, hyperesthésiques à distance (céphalée, névralgie fronto-orbitaire, etc.).

L'étiologie de ces kystes est complexe. Il ne s'agit pas en effet d'occlusion de la bourse pharyngée. On peut en distinguer trois variétés : kystes par rétention d'une glande en grappe de la couche sous-adénoïde, comme le prouve la présence de cellules cylindriques à cellules vibratiles dans la poche; kystes formés aux dépens de la couche lymphoïde, par raréfaction : ce sont ceux où on ne trouve dans la paroi et dans la poche que des éléments dégénérés, une substance colloïde avec globules graisseux, débris épithéliaux; enfin une troisième variété est constituée par un hygroma développé aux dépens d'une bourse séreuse accidentelle. Raugé en a observé un cas très probant. A. CARTAZ.

Gout in the throat, par Morell MACKENZIE (*Journ. of laryngol., août* 1889).

Mackenzie ne croit pas que les manifestations franchement goutteuses soient frequentes dans la gorge. Pour admettre cette origine, il faut que le sujet ait des indices précis de cette diathèse. Voici le résumé des quatre cas qu'il a observés :

1° Œdème aigu de la luette disparaissant au moment de l'apparition d'une attaque au gros orteil, chez un homme de 47 ans.

2° Inflammation chronique des piliers postérieurs chez un goutteux avéré de 60 ans; élongation de la luette, guérison par le colchique et les alcalins.

3° Dépôts goutteux au niveau des deux articulations crico-arythénoïdiennes,

dysphonie chez un homme de 41 ans, goutteux, issu de père et grands-pères goutteux.

4° Ulcération fongueuse de la bande ventriculaire gauche, d'origine goutteuse, ressemblant à du cancer. Guérison par les eaux de Wiesbade. A. C.

Eine modificirte Untersuchungsmethode des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes (Une méthode d'exploration modifiée pour le pharynx nasal et le larynx), par Karl VOHSEN (*Monats. f. Ohrenheilk., p.* 9; 1889).

La méthode consiste à examiner le malade, après lui avoir fait tourner la tête de côté d'environ 45°, sans mouvements des épaules. Dans ces conditions apparaît entre le voile du palais, qui accompagne la tête dans son mouvement rotatoire, et la colonne cervicale une espace triangulaire dont la base correspond au côté opposé, de telle sorte que si le malade regarde vers son épaule gauche on peut faire une bonne inspection de l'orifice de sa trompe droite. En outre, la fossette de Rosenmüller du même côté tend à s'effacer ainsi que toutes les anfractuosités de la muqueuse, circonstance qui peut être utilisée pour faciliter le cathétérisme de la trompe.

Le même procédé permet une bonne inspection laryngoscopique de la région du sinus pyriforme et du sinus de Morgagni. LUC.

Sur une méthode de traitement de l'angine granuleuse par le grattage et les applications iodiques après anesthésie locale, par A. RUAULT (*Arch. de laryngol., août* 1889).

Ruault proteste contre l'emploi irrationnel et trop généralisé du galvano-cautère dans l'angine granuleuse. Celle-ci s'accompagnant presque toujours de catarrhe diffus, le cautère ne peut modifier cet état; en détruisant les granulations par l'ignipuncture, on ne s'adresse qu'à une partie de la lésion. Ruault conseille l'emploi de l'iode (solution iodo-iodurée, 2 pour 20), mais il l'applique d'une façon un peu spéciale. Après nettoyage de la gorge, il anesthésie à la cocaïne; il prend alors des pinceaux durs, en soie de porc, les imprègne de la solution et les applique sur la paroi pharyngée en frottant énergiquement les parties saillantes, granuleuses. La réaction n'est pas très vive, et il suffit, en général, de quelques séances pour modifier complètement l'état de la gorge.

A. CARTAZ.

Des gommes syphilitiques de l'amygdale, par E. JUHEL RÉNOY (*Arch. de laryng., juin* 1889).

Juhel Rénoy a observé deux cas de cette manifestation rare de la syphilis. Les gommes de l'amygdale sont caractérisées par les symptômes suivants : 1° au début, période d'inflammation angineuse, simulant l'amygdalite, avec exsudat blanchâtre; 2° période d'ulcération, quand la gomme s'ouvre; 3° période de réparation d'une durée de trois à six semaines.

Le diagnostic peut être délicat; il repose sur l'absence ou l'intensité, moindre que dans l'angine ordinaire, des phénomènes fébriles; sur la localisation à une seule amygdale. Juhel Rénoy discute le diagnostic du cancer, du chancre de l'amygdale, des plaques muqueuses diphtéroïdes,

et conclut qu'il existe véritablement des gommes de l'amygdale, constituant une véritable amygdalite gommeuse aiguë. A. CARTAZ.

Three rare cases illustraded..., par G. LEFFERTS (*Americ. laryng. Assoc.; Med. News*, 17 *août* 1889).

1° *Papillome multiple du voile.* Jeune fille de 16 ans. La tumeur s'est développée en 8 mois; peu de gêne, pas de dysphagie; légère modification du timbre de la voix. Anesthésie à la cocaïne; ablation avec les ciseaux. Papillome multiple siégeant au milieu du voile au-dessus de la luette, qui fut respectée.

2° *Tumeur fibroïde de l'amygdale.* Homme de 55 ans. Tumeur gênant la respiration, la déglutition, développée dans l'amygdale droite, venant presque toucher la paroi opposée à gauche; dure, ferme. Ablation à l'écraseur.

3° *Fibrome du nez.* Homme de 36 ans. Tumeur fibroïde développée sur la cloison, avec petit pédicule, juste au niveau de l'union de la muqueuse et de la peau, déterminant un peu d'occlusion du nez. Ablation d'un coup de ciseau. A. CARTAZ.

Empyema of the frontal sinuses, par G. RICHARDS (*New York med. record*, *p.* 24, 6 *juillet* 1889).

L'auteur rapporte un cas d'empyème du sinus frontal dû à une obstruction causée par des polypes existant depuis 15 ans. Il en était résulté la résorption du plancher inférieur du sinus et l'apparition d'une petite tumeur près du nez. Ablation de 20 polypes, ouverture, drainage et lavage pendant un mois; guérison.

De 48 cas recueillis dans la science, une quarantaine résultent d'un traumatisme, sept d'une obstruction; quelques cas se montrent plusieurs années après le traumatisme. Les signes sont le coryza chronique, avec une sensation de distension, l'exophtalmie, la diplopie, l'affaiblissement de la vue et la présence d'une tumeur dans la région supra-sourcilière auprès de la racine du nez. Le seul traitement est l'ouverture et le drainage. De 25 cas ainsi traités, 23 guérirent. Si l'on ne draine pas, les résultats sont tout autres. Six cas furent suivis de mort qui eut lieu 4 fois par abcès cérébral, une fois par méningite, une fois par albuminurie. P. DUFLOCQ.

I. — Ueber das zweckmässigste Verfahren zur Eröffenung der Kieferhöhle (De la méthode la plus efficace pour l'ouverture du sinus maxillaire), par ZIEM (*Therapeutische Monatshefte, avril et mai* 1888).

II. — Zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Antrum Highmori (Du diagnostic et du traitement des affections de l'antre d'Highmore), par Moritz SCHMIDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, 1888).

I. — La première partie de cet article est une revue critique des nombreuses méthodes proposées pour l'ouverture de l'antre d'Highmore.

L'auteur préfère, d'une façon générale, les méthodes buccales aux méthodes nasales, et considère comme exagéré et facile à éviter le danger de l'infection du foyer du fait de sa communication avec la bouche.

Comparant l'opération de Desault à celle de Cooper, il donne la préférence à la seconde qui, entre autres avantages, présenterait celui de ne as exposer le malade à la commotion cérébrale, accident qu'il a observé

plusieurs fois, lorsqu'il pratiquait l'ouverture du sinus par la fosse canine.

Autrefois Ziem pénétrait dans la cavité du sinus par l'alvéole d'une dent préalablement extraite. Pour éviter ce sacrifice, il a imaginé, depuis, de pratiquer la ponction du sinus dans l'intervalle de deux dents (entre les 2 petites molaires ou entre la petite et la grosse molaire) au moyen d'un foret très fin, mû par le rotateur américain à pédale.

II. — L'auteur pratique une ponction exploratrice du sinus, par le méat inférieur. Pour cela, il commence par cocaïniser le lieu d'élection et se sert d'une seringue de Pravaz munie d'une canule légèrement courbée à son extrémité, de façon à pouvoir être facilement dirigée obliquement en haut, en arrière et en dehors. La présence du pus une fois bien établie par cette méthode, Schmidt conseille d'intervenir radicalement par le procédé de Cooper. LUC.

A proposito d'un caso di polipo nasale congenito, par F. CARDONE (*Bol. d. mal. dell' orecchio, VII*, n° 4, 1889).

Observation rare d'un polype muqueux du volume d'un noyau de cerise, extirpé chez un enfant de deux jours qui ne pouvait respirer et avait eu la nuit de véritables crises de dyspnée. Le polype, pédiculé, fut enlevé avec une pince ; pas d'hémorragie.

Les âges les plus jeunes auxquels on a observé ces tumeurs sont 3 mois (Belly), 4 mois (Krakauer), 22 mois (Ciniselli), etc. A. C.

Beiträge zur Histologie des Rhinoscleroms (Contribution à l'étude histologique du rhinosclérome), par V. MIBELLI (*Monatshft f. prakt. Dermat., VIII*, n° 12).

Les altérations essentielles sont celles des cellules dans les couches molles et gélatiniformes qui constituent la partie profonde du tissu malade. Elles se présentent sous deux formes que l'auteur appelle hydropiques et colloïdes. Les cellules hydropiques sont très volumineuses ; leur protoplasma offre un aspect réticulé ; la substance contenue dans les mailles de ce réticulum renferme des bacilles du rhinosclérome entourés de leur capsule. Les cellules colloïdes présentent un aspect caractéristique ; elles réfractent fortement la lumière. On voit en outre des corps libres, sphériques, du volume d'un globule rouge, qui ont les mêmes réactions et sont de même nature. On remarque aussi de ces cellules dont le contenu est formé de nombreux corpuscules sphériques serrés les uns contre les autres et alors à facettes. On ne peut découvrir de bacilles dans ces cellules colloïdes. Quelle est la nature de ces dégénérescences ?

La botanique nous apprend que beaucoup d'algues ont la propriété de produire une substance mucilagineuse, la glée. On sait que cette glée peut se présenter, suivant l'ancienneté plus ou moins grande de sa formation et son contenu variable en eau, sous des formes diverses. Or il est, d'autre part, certain que le bacille du rhinosclérome forme, aussi bien dans les cultures que dans les tissus, une glée, qui se présente comme une enveloppe claire, limitée par une ligne sombre ; il est donc possible que ce soit cette glée, à diverses périodes de son développement, qui remplisse les grosses cellules et prenne la place de leur pro-

toplasma. Le contenu des cellules hydropiques serait aussi cette glée très aqueuse et par conséquent très molle, amorphe, difficile à voir et à colorer. Le contenu des cellules colloïdes serait cette même glée, en partie désséchée et par suite plus réfringente, plus dure, revêtant une forme déterminée et se colorant facilement. Les petits corps colloïdes elliptiques représenteraient des bacilles recouverts d'une seconde enveloppe colloïde qui les masquerait. C'est une nécessité physique que toute enveloppe périphérique subissant une pression centrifuge prenne la forme globuleuse. Il en résulte que la première enveloppe du bacille est en forme de bâtonnet, la seconde ellipsoïde, la troisième arrondie et, suivant la quantité d'eau qu'elle renferme, colloïde et à facette ou mucilagineuse et demi-fluide. S'il en est ainsi, le bacille du rhinosclérome, comme celui de la lèpre, avec lequel il offre de grandes analogies, agirait sur les tissus par sa présence même bien plus que par ses produits toxiques. A. HALLOPEAU.

Ein Fall von Rhinosclerom, par G. BOJEW (*Monatsch. f. Ohrenheilk*, n° 3, p. 52; 1889).

L'article débute par une revue bibliographique très complète de la question. Le cas rapporté par Bojew serait le premier qui ait été observé à Moscou.

Homme de 27 ans, natif du gouvernement de Jaroslaw. Début par épistaxis répétés. Au bout de deux mois, on note un certain gonflement de l'extrémité du nez, puis, à un examen plus attentif, on observe : épaississement et consistance dure de la pointe, des ailes et de la portion cutanée de la cloison du nez ; au niveau du sillon naso-labial, petit nodule saillant.

Orifices des narines rétrécis par l'infiltration ; rhinoscopie antérieur difficile ; pas d'ulcération appréciable de la muqueuse nasale.

Au pharynx, lésions destructives; la luette manque. Surface des piliers hérissée de plaques dures disséminées. Quelques rares excoriations çà et là.

L'affection fut d'abord considérée comme syphilitique, mais le traitement spécifique étant demeuré sans résultat, Bojew soupçonna un rhinosclérome, et cette hypothèse fut confirmée par l'examen microscopique qui révéla, dans les fragments extraits du néoplasme, la dégénérescence hyaline spéciale des cellules et la présence du microbe caractéristique. LUC.

Removal of nasal obstruction : 112 cases, par W. LOVETT (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 171, 2 *février* 1889).

Les trois conditions le plus souvent observées ont été : la folliculite chronique, la congestion de la muqueuse avec sécrétion abondante ; la sécheresse de la muqueuse.

Chez 75 malades le traitement a consisté dans la destruction de la muqueuse des cornets à l'aide de l'acide chromique ; les résultats ont été 15 guérisons, 38 améliorations, 2 états stationnaires ; 20 malades ont été perdus de vue. Une seule cautérisation a été suffisante chez 16 malades ; pour les autres on a dû pratiquer 3 ou 4 cautérisations selon le degré d'hypertrophie de la muqueuse, 33 autres malades chez lesquels on avait appliqué le traitement conservateur, douches, etc., n'obtinrent aucune amélioration. MAUBRAC.

Ueber die therapeutische Verwendbarkeit der Sozojodolpraeparate, par Hermann SUCHANNEK (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 9, p.* 283, 1er *mai* 1889).

Le sozoiodol, ainsi appelé par abréviation, est un acide contenant 52 0/0 d'iode, 20 0/0 d'acide phénique et 7 0/0 de soufre. On emploie en thérapeutique les sels qu'il forme avec le potassium, le sodium, le zinc et le mercure; ils sont inodores.

Suchannek y a eu recours dans diverses affections nasales, en les additionnant de talc. On insuffle ce mélange avec un rhinoscope. Quand on continue l'application un certain temps, il est bon d'examiner par intervalles l'acuité olfactive à l'aide de l'instrument de Zwaardemaker (*R. S. M.*, XXXIII, 434).

Le sozoiodol potassique, additionné de parties égales de talc, tarit très bien les sécrétions muqueuses et muco-purulentes des diverses formes du coryza chronique.

Le sozoiodol sodique, beaucoup plus soluble, sert pour les formes ulcéreuses.

Le sozoiodol zincique excite les sécrétions nasales; il a donc son emploi dans la rhinite hypertrophique sèche et dans l'ozène. Une ou deux applications, après cocaïnisation, peuvent couper un coryza aigu. Il est utile aussi dans la pharyngite sèche.

Le sozoiodol jouit de certaines propriétés antiseptiques, car les organismes pyogènes ne se développent pas sur la gélatine additionnée de 2 0/0 de cette substance.

Le sozoiodol mercurique est trop irritant et caustique pour être employé en insufflations. J. B.

Nevrite primaria del tronco del ricorrente, par F. MASSEI (*Arch. ital. di laring., IX*, 3 *juillet* 1889).

Homme de 35 ans, travaillant à la campagne, exposé à l'humidité. En 1885, enrouement qui disparaît au bout de peu de temps; l'année suivante, l'enrouement reparaît, puis survient de la dyspnée légère. En octobre 1888, crises de dyspnée qui nécessitent la trachéotomie. Depuis l'opération, le malade n'a pas quitté la canule, il peut cependant respirer quand elle est oblitérée, et c'est pour la faire enlever qu'il vient consulter Massei. On trouve la corde droite immobile sur la ligne médiane.

Massei discute dans cette leçon la nature de l'affection, qu'il croit être une contracture spasmodique de la corde; l'étiologie, qu'il rattache à une névrite du tronc du récurrent. D'après Massei, la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur se distingue de la contracture en ce que, dans cette dernière, le bord de la corde est absolument rectiligne, tandis qu'il est toujours un peu courbe, un peu lâche dans la paralysie.

A. CARTAZ.

Ueber primäres Larynxerysipel, par Paul ZIEGLER (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLIV, p.* 397).

Matelot de 28 ans, paludéen; tuberculose au début probable. — Le 18 novembre, frisson et fièvre, légère difficulté pour avaler. Le 19, cette difficulté augmente; 39 et 40°. Tuméfaction légère du cou; larynx douloureux; tuméfaction livide du volume d'un haricot dans la fosse sus-épiglottique gauche,

s'étendant jusque sur l'épiglotte, dépassant un peu la ligne moyenne. Agitation ; le malade se plaint d'éprouver la sensation d'un corps étranger dans la gorge. Difficulté très grande pour avaler, aphonie, sifflement ; trachéotomie. Le gonflement augmente beaucoup dans le courant de la journée, il atteint l'épiglotte tout entière. Le 20, l'entrée du larynx est à peu près complètement cachée par l'épiglotte tuméfiée. Les jours suivants, 21 à 23, diminution considérable de la tuméfaction. La canule est enlevée le 24. Le 27, bronchite, pleurésie droite. Le 29, tuméfaction au niveau de la saillie du cartilage aryténoïde gauche. La fièvre reparaît (39°,9). La guérison se fait progressivement ; le 12 décembre le larynx est absolument normal. A. M.

Des manifestations laryngées de la syphilis héréditaire précoce, par SEVESTRE (*Progrès médical,* 25 *mai* 1889).

Sevestre rapporte 6 observations, dont 5 personnelles, de manifestations laryngées, s'étant déclarées chez des enfants syphilitiques agés de 3 à 15 mois ; dans 3 de ces cas il a pu faire l'autopsie. Dans un cas il y avait sur la corde vocale inférieure droite deux très petites ulcérations rouges et entourées d'une auréole rouge ; l'examen histologique montra qu'il y avait simplement perte de l'épithélium pavimenteux et légère production d'éléments embryonnaires dans la zone papillaire épaissie ; dans le deuxième cas il existait une ulcération sur la corde vocale inférieure droite, arrondie, large de 4 millimètres ; la couche d'épithélium et les papilles avaient disparu à ce niveau ; on ne trouvait plus qu'un tissu granuleux formé d'éléments embryonnaires.

Au point de vue symptomatologique, Sevestre relève : 1° les altérations de la voix, ou plutôt du cri, qui varient depuis l'enrouement léger jusqu'à l'aphonie complète ; souvent la voix est bitonale ainsi que la toux, qui est fréquente, angoissante ; la respiration peut être embarrassée, irrégulière, souvent accompagnée de sifflement ou de ronflement. Dans certains cas à ces troubles s'ajoutent des attaques de dyspnée pouvant aller jusqu'à l'orthopnée et amener rapidement la mort ; c'est dans ces derniers cas que le diagnostic avec le croup d'emblée est extrêmement difficile, surtout si, comme Sevestre l'a vu dans un cas, l'enfant a une angine pultacée concomitante.

L'examen minutieux de la peau et des orifices naturels chez l'enfant permet seul d'affirmer le diagnostic ; — reconnue à temps, la crise laryngée peut être conjurée par le traitement hydrargyrique énergique, et la nécessité de la trachéotomie écartée. H. L.

Ueber Laryngitis hæmorragica, par A. FAVITZSKY (*Monats. f. Ohrenheilk.*, *n°* 6, 1878).

Il s'agit là d'une hémorragie intra-laryngée observée chez un sujet atteint de cirrhose hépatique et de dégénérescence graisseuse du cœur. La mort étant survenue, on put faire un examen complet du larynx et de sa trachée et constater une abondante infiltration du derme de la muqueuse par des globules rouges extravasés.

L'auteur en conclut que les hémorragies laryngées peuvent se produire sous l'influence d'un état général, qu'elles sont d'abord interstitielles et ne s'épanchent à la surface de la muqueuse qu'à la faveur d'une cause mécanique quelconque, telle qu'une secousse de toux. LUC.

Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes (à propos de six cas observés par l'auteur), par MOURE (*Journ. de médecine de Bordeaux, 28 avril* 1889).

1° Enfant de trente mois qui, 12 jours après l'introduction d'une graine de melon dans le larynx, est pris d'accès de suffocation avec tirage et cornage. Bien que le corps étranger ne fût pas découvert par le laryngoscope, on pratique la trachéotomie ; deux jours plus tard, on explore l'orifice glottique avec le doigt et l'on sent un corps globuleux; ce corps ne fut pas rejeté, mais probablement avalé ; guérison à la suite d'une broncho-pneumonie grave.

2° Fille de 7 ans, ayant aspiré depuis trois mois une graine de maïs, qui a pénétré dans la bronche droite. Dépérissement. La trachéotomie est refusée. Mort de pneumonie chronique.

3° Enfant de 5 ans ayant aspiré un grain de blé qui est spontanément expulsé pendant une quinte de toux, après plus de six mois de séjour.

4° Fille de 7 ans, dont une bronche de moyen calibre du côté droit est obstruée depuis plusieurs mois par un grain de maïs. La trachéotomie n'est pas acceptée. Mort.

5° Jeune homme de 19 ans, ayant une aiguille implantée à l'entrée du larynx. Extraction par les voies naturelles.

6° Fille de 9 ans, chez laquelle un noyau de prune a été se placer transversalement au-dessus de la glotte, au niveau de laquelle on le sent. Deux tentatives d'extraction par les pinces amènent des accès de suffocation qui se répètent dans les jours suivants. Le noyau a pénétré dans la trachée. Trachéotomie ; extraction du corps étranger par la plaie ; guérison. OZENNE.

Ueber operative Chirurgie des Larynx und der Trachea, par Carl BILLETER (*Thèse Zurich*, 1888, *et Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 7, *p.* 215, 1er *avril* 1889).

A la clinique de Zurich dirigée par Krœnlein, il a été pratiqué, du 1er avril 1881 à la fin de 1887, en fait d'opérations sur le larynx et la trachée, 347 trachéotomies, 10 laryngotomies, 5 ablations du larynx et 1 pharyngotomie sous-hyoïdienne.

Des 347 trachéotomisés, un seul a succombé aux suites de l'opération. C'était une femme atteinte de rétrécissement laryngé dû à une fièvre typhoïde ; elle dut être opérée en pleine fièvre ; l'incision de la muqueuse trachéale donna lieu à une violente hémorragie. A l'autopsie, sang dans les voies aériennes et foyers pulmonaires tenant à l'aspiration du sang. Les 300 trachéotomies pour croup ont donné 123 guérisons, soit 41 0/0. Krœnlein fait la trachéotomie supérieure selon le procédé de Bose ; dans 54 0/0 des cas, il n'a eu besoin d'aucune ligature.

Les 47 autres trachéotomies ont été pratiquées pour des laryngites chronique, phlegmoneuse, tuberculeuse, lupeuse, syphilitique, typhoïdique ou varioleuse ; pour des rétrécissements par tumeurs ou par contracture hystérique, pour des traumatismes, enfin comme actes préliminaires à d'autres opérations portant sur le cou ou la face.

Dans les cas de plaies du larynx, Krœnlein est partisan de la trachéotomie préventive et de la suture de la plaie.

Des 10 laryngotomies, 6 ont été faites pour tumeurs, 3 pour rétrécissements et 1 pour périchondrite. En outre, Krœnlein a pratiqué

quatre fois la même opération comme premier acte d'une ablation du larynx. La laryngotomie est faite sans anesthésie, afin que le malade qui est la tête pendante ou à moitié assis, puisse cracher le sang. Krœnlein ne se sert pas de la canule-tampon de Trendelenburg; il introduit, pendant l'opération, une canule ordinaire dans la trachée et tamponne tout autour avec des éponges; il évite ainsi les broncho-pneumonies secondaires.

Des 5 ablations du larynx, 2 ont été faites pour un cancer du larynx ayant envahi la langue; l'un et l'autre opéré ont succombé à une pneumonie due à la déglutition de matières infectieuses. Les 3 autres ablations ont été pratiquées pour des cancers encore limités au larynx; 2 des opérés sont morts également de pneumonie infectieuse, un mois après l'opération. Le 5e opéré a survécu 13 mois et demi à l'ablation du larynx, sauf l'épiglotte, avec excision de la portion la plus élevée des parois antérieure et latérales de l'œsophage.

Dans un cas de fibrome pharyngo-laryngé, Krœnlein a pratiqué successivement la pharyngotomie latérale de Langenbeck, puis la pharyngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne. Avec la tumeur, il a enlevé l'épiglotte, la grande corne de l'os hyoïde, une portion considérable de la paroi droite du pharynx. Mort par récidive 6 mois après l'opération (*R. S. M.*, XXIX, 298). J. B.

On the relative merits of early and late tracheotomy in chronic disease of the larynx, par LENNOX BROWNE (*Journ. of laryng.*, nos 4 *et* 5, 1889).

Lennox Browne étudie, dans son travail, les indications et contre-indications de l'opération :

1° Il se montre partisan de la trachéotomie précoce, avec maintien ultérieur de la canule, dans la laryngite chronique sous-glottique.

2° Il est peu partisan de l'opération chez les tuberculeux laryngés, même en cas de dyspnée urgente, trouvant la situation du malade aussi pénible après l'ouverture de la trachée. Il ne partage pas l'opinion d'après laquelle l'immobilité du larynx ainsi obtenue serait favorable à la guérison de la tuberculose.

3° Il insiste peu sur le lupus, qu'il considère comme une indication tout à fait exceptionnelle pour la trachéotomie.

4° Pour ce qui est de la syphilis, Lennox Browne distingue deux mécanismes de sténose laryngée: l'œdème aigu et le rétrécissement organique. Dans le premier cas, sauf une très grande urgence, il conseille de ne pas opérer sans avoir préalablement tenté la médication spécifique. Dans le second cas, il se montre peu partisan de la dilatation par les tubes de Schrœtter. Il considère dans l'espèce la trachéotomie comme le meilleur mode de traitement.

5° et 6° La trachéotomie peut être pratiquée avec avantage en cas de tumeur bénigne, pour parer à des accidents asphyxiques; mais il préconise surtout l'opération chez les malades affectés de cancers du larynx non opérables. Ce serait là, d'après lui, le meilleur moyen de prolonger leur existence et de leur procurer du soulagement.

7° Enfin, la trachéotomie serait indiquée pour remédier à une dyspnée menaçante causée par la paralysie des abducteurs, mais on ne devra y

recourir qu'après avoir tenté les effets de la strychnine et des courants continus.

L'opération serait en revanche contre-indiquée dans le cas où la paralysie dépendrait d'une compression des récurrents par une tumeur exerçant en même temps une action compressive sur la partie inférieure de la trachée. LUC.

Ein Fall von Angiosarcom der Trachea, par ZEMANN (*Wien. med. Presse, n°* 21, *p.* 745, 1888).

Voici l'autopsie d'un sujet observé par Schrötter en 1867 et suivi par lui depuis cette époque jusqu'en 1873, vu en 1879 par Störk.

Au niveau de la paroi postérieure de la trachée, sur la portion membraneuse, existe, à droite, une tumeur ovalaire, sessile, mesurant 22 millimètres dans sa longueur ; sa limite supérieure est marquée par le 2e anneau, l'inférieure par le 5e. Sa largeur est de 17 millimètres. Elle a une surface irrégulière; elle soulève la muqueuse dont l'épithélium est épaissi en plusieurs points et qui, autour d'elle, présente une vascularisation très accentuée. Elle est molle et présente à la coupe des cavités pleines de sang. Elle est intimement unie, dans la profondeur, à la couche musculeuse transversale de la trachée.

Le microscope montre une charpente fibrillaire fine semée de cellules rondes et fusiformes et parcourue par des vaisseaux nombreux et très volumineux Les mailles de ce tissu contiennent des cellules rondes. C'est un angio-sarcome. L'auteur pense que la tumeur a primitivement été un fibro-sarcome ou un fibrome très vasculaire qui, par la prolifération des cellules des parois des vaisseaux, s'est transformé en angio-sarcome.

On constate en même temps de la dilatation des bronches et de la pneumonie.

Il est remarquable que ce sujet ait pu vivre si longtemps avec une tumeur aussi volumineuse. Dans la dernière période, il n'y avait pas de phénomènes dyspnéiques attribuables à la tumeur, mais seulement à la bronchite et à la pneumonie. L. GALLIARD.

Cancer de la trachée et tuberculose pulmonaire, par P. PUECH (*Montpellier méd. juillet* 1888).

Homme de 67 ans, meurt avec tous les signes de la tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on trouve 3 cavernes tuberculeuses au sommet du poumon droit, et à la partie inférieure de la trachée et sur la bronche droite une tumeur, que l'examen histologique montre être un encéphaloïde. Pas de cancer en d'autres points ni d'autres organes. Il s'agissait bien d'un cancer primitif de la trachée et de la bronche droite. A. MOSSÉ.

Syphilis tertiaire de la trachée et des bronches, par MAURIAC (*Archives de médecine, décembre* 1888).

Dans la trachée, les déterminations spécifiques se font, en général, aux deux extrémités. La partie moyenne n'est presque jamais atteinte primitivement. Les bronches sont plus souvent atteintes que la trachée.

Le syphilome trachéo-bronchique a la plus grande ressemblance avec celui du larynx et aboutit aux mêmes conséquences, c'est-à-dire à la sténose cicatricielle qui remplace l'ulcération gommeuse.

Le début est insidieux et se caractérise par une petite toux et une gêne légère de la respiration. Bientôt après, les malades se plaignent d'éprouver la sensation d'un corps étranger entré dans les voies aériennes. Puis la respiration devient bruyante et s'accompagne d'un sifflement marqué pendant l'inspiration. En même temps la dyspnée augmente et finit par se compliquer de véritables crises de suffocation. Le tableau est le même que dans la syphilis du larynx, mais la voix est indemne.

Une deuxième phase est marquée par la formation des sténoses fibreuses de plus en plus rétractiles et irrémédiables. C'est dans cette deuxième phase que la dyspnée devient extrêmement intense, que l'inspiration sifflante se convertit en un bruyant cornage trachéal, que les accès de suffocation se multiplient de plus en plus en augmentant d'intensité. Contrairement à l'inspiration, l'expiration reste presque toujours facile, courte et silencieuse.

Les signes objectifs de la trachéo-syphilose sont peu importants. L'examen laryngoscopique donne peu de chose. L'abaissement du larynx et son immobilité pendant la déglutition et la phonation constitue toutefois un signe assez important.

Une cause d'erreur est dans le début qui se fait parfois sous forme d'une bronchite violente. RICHARDIÈRE.

L'orecchio dei delinquenti, par G. GRADENIGO (*Boll. d. mal. dell' orecchio*, nº 3 *mai* 1889).

Résultats de l'examen de l'audition pratiquée par Gradenigo chez 110 criminels, de bonne santé. La mesure de l'acuité auditive fut faite au moyen de la montre, de la voix murmurée et de l'acoumètre de Politzer.

Chez 82 hommes, il y avait chez 55 une acuité auditive inférieure à la normale. Les âges se répartissent ainsi : de 15 à 20 ans, 53, 8 0/0 ; de 20 à 30, 63, 6 0/0 ; de 30 à 40, 58, 8 0/0 ; de 40 à 60, 89, 6 0/0. Les causes étaient otite moyenne, 16 ; otite purulente, 6 ; otite interne, 10 ; otite sénile, 11.

Chez les femmes, sur 28, 15 fois l'acuité auditive était amoindrie ; chez quatre elle était supérieure à la moyenne.

La moyenne des examens lui donne, chez les hommes, 44, 4 0/0 ; chez les femmes, 22 0/0. A. CARTAZ.

De l'otite moyenne infectieuse, par Ignace FENOGLIO (*Ann. des maladies de l'oreille*, *mai* 1889).

Fenoglio rapporte 6 cas d'otite suppurée survenus à quelques jours de distance chez 6 malades couchés dans une même salle de dix lits. Chez le premier, atteint de néphrite, la cause déterminante semble avoir été un refroidissement ; mais, chez les autres, Fenoglio ne peut trouver aucune cause plausible en dehors de l'origine infectieuse. Le développement, l'évolution sont, d'après l'observateur, en faveur de cette hypothèse. A. CARTAZ.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1889.

A

Abcès. — Etiologie et traitement des abcès aigus, par Runnals. (*N. York med. Journ.*, 5 janv., p. 12.) — Abcès du psoas, par St. Smith. (*Internat. Journ. of surgery,* p. 62, mars.) — Dépression cicatricielle en forme d'amphore de la fossette sus-sternale consécutive à un adénophlegmon tuberculeux, par Tripier. (*Progrès médical*, 30 mars.)

Abdomen. — Des troubles circulatoires produits par l'ascite, par Queirolo. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 1.) — Tympanite aiguë abdominale traitée par acupuncture, par Oliver. (*Lancet*, 6 juillet.) — Tympanite aiguë au 6e mois de la grossesse, ponction de l'intestin, guérison, par Wicks. (*Lancet*, 4 mai.) — Des blessures de l'abdomen, par Voss. (*St-Petersb. med. Woch.*, 30 mars.) — Deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésion des viscères, par Baudon. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 110.)—Plaie non pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, par Michaux. (*Ibid.*, XV, n° 3, p. 236.) — Etude clinique sur les coups de feu pénétrants de l'abdomen, par Charvot. (*Rev. de chir.*, juin.) — Contribution à l'histoire des plaies par armes à feu de l'abdomen, par Mc Graw. (*Amer. surg. Assoc.*, 13 mai.) — Sur quelques lésions consécutives à un grand traumatisme de la région abdominale, par Chrétien. (*Gaz. méd. Paris,* 2 fév.) — Trois cas de contusion grave des cavités splanchniques par coup de pied de cheval, par Claudot. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Laparotomie dans les plaies viscérales, par Briggs. (*Nashville journ. of Med.*, mai.) — Volumineux fibrome calcifié de la paroi abdominale antérieure chez un jeune homme. Extirpation avec ouverture du péritoine; guérison, par Kirmisson. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 6, p. 442.) — Tumeur vasculaire de l'ombilic, par Colomba. (*Ibid.*, XV, n° 3, p. 235.) — Remarques sur le cancer de l'ombilic, par Attimont. (In-8°, 47 pages, *Nantes.*)

Accouchement. — Leçons de clinique obstétricale, par Budin. (In-8°, 474 p. avec planches coloriées, *Paris.*) — Traité d'obstétrique, par L. Muller. (Tome III, *Stuttgart.*) — Traité d'obstétrique, par Paul Zweifel. (*Stuttgart.*)—De la réorganisation du corps des sages-femmes, par F. Ahlfeld. (*Zeits. f. Geb. und Gyn.*, XVI, 2.) — Anatomie obstétricale de l'orifice pubio-périnéal, par Fallot. (*Thèse de Lyon*, n° 463.) — Contribution à l'étude du mécanisme de l'accouchement, par Wiedow. (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, XV, 2.)—Anomalies de la force expultrice, par Fournel. (*Union médicale*, 19 mars.) — Causes de la présentation du sommet et de sa première position, par J. Foulis. (*Edinb. med. Journ.*, septembre et octobre

1888.) — De la durée et du pronostic du travail; des modes de terminaison et d'intervention dans les variétés postérieures de la présentation du sommet, par BATAILLARD. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Considérations sur le mouvement de rotation dans le mécanisme de l'accouchement, par GARIBALDI ARCELASCHI. (*Ann. di ost. e gin.*, mai.) — Le diamètre transversal du détroit pelvien supérieur, méthode simple de détermination, par OTTO ROTH. (*Neuwied.*) — Deux cas d'accouchement triple, par E. RINGIER. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 7, p. 218, 1er avril.) — De l'ischurie consécutive à l'accouchement et aux laparotomies, par H. SCHULTZ. (*Centr. f. Gyn.*, 27 juillet.) — Deux cas d'accouchement trigémellaire, par EISENHART. (*Ibid.*, 9 mars.) — Deux cents accouchements sans injections vaginales prophylactiques, par MERMANN. (*Ibid.*, 20 avril.) — Le sublimé dans les accouchements, par WINTERNITZ. (*Würtemb. med. Corresp. Blatt*, n° 28, 1888.) — De l'accouchement chez les femmes atteintes de rétrécissement mitral, par BERRY HART. (*Edinb. med. Journ.*, août.) — Deux cas d'accouchement trigémellaire, par SPERLING. (*Arch. f. Gyn.*, XXXIV, 3.) — Présentation de l'épaule, par FOURNEL. (*Gaz. des hôpit.*, 16 mai.) — Des polypes du col de l'utérus pendant l'accouchement, par HERGOTT. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Des fractures des membres du fœtus pendant l'accouchement, par AUJAY DE LA DURE. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — De la macération chez le fœtus vivant, par RIBEMONT-DESSAIGNES. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Sur un cas de lithopædion, par TARNIER. (*Bull. Acad. de méd.*, 23 juillet.) — Un cas rare de dystocie (oblitération complète du col), par THIERRY. (*Normandie médic.*, 1er juillet.) — Réduction naturelle des mauvaises présentations dans certaines postures, par KING. (*Amer. journ. of obstet.*, juin.) — D'une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation du siège décomplétée, mode des fesses, par MANTEL. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Dystocie due à un bassin à type mâle compliqué d'hydrocéphalie, par EUG. SMITH. (*Buffalo med. and surg. Journ.*, p. 454, mars.) — Dystocie par persistance de l'hymen, par CHABOUX. (*Normandie méd.*, 1er août.) — L'accouchement dans les rétrécissements du bassin, par LITZMANN, traduit par THOMASSET. (In-8°, *Lyon.*) — Quatre cas d'accouchement prématuré provoqué. Observations et réflexions, par BOURGUET. (*Gaz. méd. Montpellier*, n° 12, 1888.) — Contribution à l'étude de la perforation de la tête première ou dernière, par WERNER. (*Wurtemb. Corresp.-Blatt*, n° 30, 1888.) — Du traitement de la rétention des membranes, par EBERHART. (*Zeit. f. Geb.*, XVI, 2.) — Pubiotomie, par BOUCHACOURT. (*Dict. encyclop. des sc. médic.*, 2e série, t. XXVII.) — Emploi de l'antipyrine contre les douleurs de la dysménorrhée et de l'accouchement, par LUTAUD. (*Journ. de méd. Paris*, 1er mai.) — De l'emploi de l'antipyrine en obstétrique et en gynécologie, par MISRACHI. (*Arch. de tocol.*, juillet.)

Acné. — De l'acné décalvante, par ROBERT. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — L'acné varioliforme de Bazin, ou molluscum contagiosum de Bateman, est une affection parasitaire due à des sporozoaires, par QUINQUAUD. (*Tribune méd.*, 11 avril.) — Bromure de potassium dans l'acné ovarique, par JAMISON. (*Practitioner*, mai.) — Acné chéloïdienne, par VIDAL. (*Ann. de dermat.*, X, n° 6, p. 577.)

Acromégalie. — Observation d'acromégalie, par FARGE. (*Progrès médical*, 6 juillet.) — De l'acromégalie, revue par MARIE. (*Nouv. iconographie de la Salpêtrière*, nos 1, 2 et 3.)

Actinomycose. — Sur l'actinomycose, par LESSER. (18e *Cong. chir. allem*, *Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Deux cas d'actinomycose pulmonaire avec extension à la paroi thoracique dans un cas, au péricarde dans l'autre, par ARTHUR

Hanau. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* p. 165, 15 mars.) — Quatre cas d'actinomycose humaine, par Ammentorp. (*Nordiskt med. Ark.*, II, fasc. 4, n° 23.)—Un cas d'actinomycose chez l'homme, par Bodamer. (*Med. News*, 2 mars.) — Un cas d'actinomycose, par Gamgee. (*Path. Soc. of London,* 21 mai.)

Addison (Mal d'). — Maladie d'Addison avec atrophie des capsules surrénales et présence dans les corps d'Hyghmore des testicules de capsules surrénales accessoires, par Roth. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte,* p. 147, 1er mars.) — Nouveau réactif (solution d'iodure de potassium iodée) pour la recherche de l'albumine dans l'urine, par Cohen. (*Nederl. tijdsch, v. Geneeskunde*, n° 24, 1888.)

Ainhum. — Amputations congénitales et aïnhum, par Raugen. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.)

Albumine. — Essai sur l'albumine, par Axenfeld. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Réflexions à propos de l'étude de C. Voit sur le besoin de l'albumine chez l'homme, par F. Hirschfeld. (*Arch. f. die gesammte Phys.*, XLIV, p. 428.) — Sur une observation d'ainhum, par Reclus. (*Gaz. hebd. de méd.*, 31 mai.)

Albuminoïdes. — Etude des matières albuminoïdes du blanc d'œuf, par Borin et Bérard. (*Arch. de Biol.*, IX, 1.) — Des albuminoïdes des règnes végétal et animal dans l'alimentation des soldats et des prisonniers, par Herpain. (*Le Mouvement hygiénique,* V, 49, février.)

Albuminurie. — Etude de l'albuminurie dans la grossesse et l'accouchement par Meyer. (*Zeits. f. Geburts.*, XVI, 2.) — Sur un cas de soi-disant albuminurie cyclique, par Mya. (*Gaz. di Ospit.*, n° 4.)

Alcool. — Les impuretés de l'alcool et les moyens de les reconnaître, par Cazeneuve. (*Lyon médical*, 26 mai.)

Alcoolisme. — Une courte étude dans le domaine de l'alcoolisme, par Ephremovitch. (*Thèse de Paris*, 23 mai.) — Délire alcoolique chez un enfant, par Cohn. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 déc. 1888.) — Les symptômes prémonitoires de la paralysie alcoolique, par Ross. (*Lancet,* 8 juin.) — Contribution à l'étude de la paralysie alcoolique, par Canac. (*Thèse Montpellier*, n° 33.) — De la pseudo-paralysie alcoolique dans ses rapports avec la paralysie générale, par R. Godet. (*Rev. méd. Suisse romande*, IX, 201 et 249, avril et mai.) — De l'empoisonnement par l'alcool, par Montalti. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.) — Alcoolisme et congestion chronique du foie, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 25 juillet.) — Traitement de l'alcoolisme par la strychnine, par Jaroschewskji. (*Med. Obosrenie*, n° 2.)

Aliénation. — Effets et portée de l'arrêté ministériel prussien du 19 janvier 1888, relatif à l'admission d'aliénés dans les asiles privés, par Oebke. (Critique de l'article ne reconnaissant le droit de délivrer des certificats d'admission qu'aux fonctionnaires médicaux. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, L, 343, avril.) — Leçons cliniques sur le délire chronique à évolution systématique, par Magnan. (*Progrès médical*, 1er juin.) — Les cellules d'aliénés dans les hôpitaux et hospices au point de vue de l'hygiène, par H. Napias. (*Rev. d'hyg.*, XI, 309, avril.) — Observation de folie avec conditions pathologiques intéressantes, par Rorie. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Maladie de Raynaud consécutive à une manie aiguë, par Bland. (*Lancet,* 27 avril.) — Manie transitoire, par Heman. (*Ibid.*, 13 juillet.) — Imbécillité légère, instabilité mentale avec perversion des instincts et impulsions génitales, par Bourneville et Raoult. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Sé-

méiologie et pathogénie des idées de négation; les altérations de la personnalité dans les délires mélancoliques, par Séglas. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — Les troubles mentaux des vieillards, par Rouillard. (*Gaz. des hôp.*, 13 juillet.) — Maladies mentales des vieillards et leur influence sur la capacité pour donner et tester, par Biaute. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — De la folie chez les vieillards, par Thivet. (*Thèse de Paris*, 19 juin.)— Etat mental et stigmates psychiques des héréditaires dégénérés, par Magnan. (*Tribune médic.*, 2 mai.) —Le début et la fin de la folie, par Claye Schaw. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXIII, p. 19.) — Un cas de folie morale, par d'Abundi. (*Arch. di psychiat.*, X, 1.) — De la résistance et de l'excitabilité électrique dans la paralysie progressive des aliénés et l'épilepsie, par Boccolari et Borsari. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 1.) — Des traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale, par Christian. (*Arch. de neurol.*, juillet.) —Manie aiguë et mélancolie, suites d'opérations gynécologiques, par Gaillard-Thomas. (*Med. News*, 20 avril.) —Les opérations chirurgicales comme cause de folie, par Gucci. (*Riv. sperim. di freniat.*, XV, 1.) — Une épidémie de maladies pulmonaires à l'asile des aliénés de Montpellier, par Combemale. (*Montpellier méd.*, 8 oct. 1888.) — La cirrhose hépatique se rencontre rarement chez les aliénés, par Grilli. (*Sperimentale*, mai.) — Meurtre d'un gardien par un aliéné, meurtre d'un aliéné par un autre aliéné, par Hospital. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — De quelques modes de traitement de la folie, par George Savage. (*Guy's hosp. Rep.*, XLIV, p. 87.) — Isolement des aliénés, par A. Ritti. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XVI.) — De l'emploi des médicaments hypnotisants, calmants et dépresseurs dans le traitement des maladies mentales, par S. Clouston. (*Amer. of med. sc.*, avril, p. 350.) — Pilocarpine contre la manie, par Willoughby. (*Lancet*, 25 mai.) — Dix ans d'expérience dans l'emploi du bain turc pour le traitement des maladies mentales, par Baker. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.)

Aliment. — De la prophylaxie par l'alimentation, par Dujardin-Beaumetz. (*Union médic.*, 11 mai.) — Recherches sur la valeur nutritive des farines de meules et des farines de cylindres, par Poincaré. (*Ann. d'hyg. path.*, XXI, 392, mai.)— Contribution à l'étude de l'alimentation par les peptones, par Betz. (*Memorabilien*, Heft 4, 1888.) — Projet de loi belge contre la falsification des substances alimentaires. (*Le Mouvement hygiénique*, V, 26, janvier.)

Amnios. — Contribution à l'étude de l'origine du liquide amniotique, par Nagel. (*Arch. für Gyn.*, XXXV, 1.) — Hydramnios. Ponction. Accouchement prématuré, par Nicolas. (*Dauphiné médic.*, n° 4, avril.) — Hydramnios, par W. Lindley. (*Amer. journ. of Obstet.*, février.)

Amputation. — Statistique des grandes amputations traitées à Royal Infirmary, Newcastle on Tyne en 10 ans et 9 mois (484, 37 morts), par Page. (*Lancet*, 13 juillet.)—Triple amputation, coude gauche, pied gauche, jambe droite; guérison, par Allen. (*Ibid.*, 13 avril.) — Opération de Wladimirof Mikulicz, par Chaput. (*Semaine médic.* et *Bull. Soc. chir.*, XV, n° 3.) — Amputation de Lisfranc, par Chauvel. (*Ibid.*, XV, p. 131.) — Amputation sous-astragalienne, par Sheild. (*Royal med. and chir. Soc.*, 11 juin.) — Amputation intra-calcanéenne horizontale, par Chaput. (*Soc. anat.*, p. 80 et 138.) — Deux cas d'amputation de l'extrémité supérieure entière dans la contiguïté du tronc, pour sarcome de l'épaule; une guérison, par Ch.-T. Parkes. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 295, 2 mars.)

Amygdale. — Sur l'hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue, 4e amygdale, par Teulières. (*Thèse de Bordeaux*, 24 juin.) — De la sur-

dité d'origine amygdalienne, par VERDOS. (*Rev. de laryng. otol. y rinol.*, mars.) — Ablation d'une amygdale surnuméraire, par CARROLL MORGAN. (*Amer. laryng. Assoc.*, 30 mai.) — Du galvano-cautère dans le traitement des amygdales hypertrophiées, par KNIGHT. (*Ibid.*, 31 mai.) — Le traitement des amygdales malades, mais non hypertrophiées (cryptes et sclérose), par ROE. (*Ibid.*, 31 mai.) — Le traitement chirurgical des amygdales et des glandes annexes lorsqu'elles sont la cause d'irritation pharyngée, par HARRISON ALLEN. (*Med. News*, 22 juin.)— Des amygdalites et des angines infectieuses consécutives aux opérations intra-nasales, par RUAULT. (*Arch. de laryngol.*, avril.)—Extraction d'un calcul de l'amygdale, par DESCHAMPS. (*Dauphiné méd.*, juillet.) —Cancer primitif de l'amygdale, pharyngectomie externe; guérison, par FOWLER. (*Brooklyn med. Journ.*, septembre 1888.) —Epithélioma de l'amygdale, par LUBET-BARBON. (*Bull. Soc. anat.*, avril, p. 278.)

Anatomie. — De la méthode thermochimique brièvement résumée dans ses principes et ses résultats. Avantages de cette méthode, son importance, son absolue nécessité, par SAPPEY. (*Acad. des sc.*, 17 juin.)

Anémie. — Sur l'anémie, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 30 juin.) — Anémie, par UNNA. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, IX, nº 1.) — Un cas d'anémie pernicieuse ; guérison, par BROADBENT. (*Lancet*, 12 janvier.) — Anémie pernicieuse, par MOTT. (*Ibid.*, 16 mars.) — De l'anémie pernicieuse progressive ; histoire et nosographie, par CRITZMAN. (*Tribune médic.*, 4 avril et 6 mai.) — Moelle rouge dans un cas d'anémie grave, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, p. 163, 2 juin.)

Anesthésie. — L'anesthésie chirurgicale à Lyon. (*Lyon médic.*, 4 août.) — Quelques inconvénients de l'éthérisation, par SHRADY. (*New York med. Record*, 23 février.) — Manuel de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, par SILK. (In-8º, *Londres.*)—Anesthésie produite par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, par HEWIET. (*Lancet*, 27 avril.) — Emploi des anesthésiques en obstétrique, par ALLWRIGHT. (*Ibid.*, 18 mai.) — Contribution à l'étude du chloroforme, par E. SALKOWSKI. (*Arch. f. path. Anat.*, CXV, Heft 2.) — Essai et mode de conservation du chloroforme anesthésique, par GAY. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 19.) — Le chloroforme au point de vue pharmaceutique, par ROBERT. (*Thèse de pharmacie Montpellier.*) — Le chloroforme et le chlorure de méthylène, par J. REGNAULD. (*Bull. Acad. de méd.*, 23 avril.) — Sur les propriétés anesthésiques du chloroforme méthylique ou prétendu chlorure de méthylène, par POLAILLON. (*Ibid.*, 25 juin.) — Chlorure de méthylène en tant qu'anesthésique local dans diverses affections douloureuses, par L. WINDSCHEID. (*Deut. Arch. f. klin. med.*, XLIV, p. 340.) — De quelques applications thérapeutiques du chlorure de méthyle, par DUCHAUSSOY. (*Thèse de Paris*, 13 juin.) — Dangers d'administrer le chloroforme à la lumière du gaz, par PATERSON. (*Practitioner*, juin.) — Accidents pendant la chloroformisation avec association du chloral et de la morphine. Effets de la caféine, par CORNÉ. (*Normandie médicale*, 1er mai.) — Traitement de l'arrêt de la respiration dans l'anesthésie, par E. MARTIN et H. A. HARE. (*Med. News*, 2 mars.)

Anévrisme. — Observation d'anévrismes de l'aorte, 32 cas avec autopsie, par BIGGS. (*Amer. Journ. of med. sc.*, mars.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte, destruction partielle de plusieurs côtes, par RAUZIER. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 17.) — Des causes de la rupture pendant le sommeil des anévrismes cérébraux et de l'anévrisme de l'aorte, par VAN SANTWORD. (*New York med. Record.*, p. 287, 16 mars.) — Anévrisme de la portion ascendante de la crosse aortique, rupture dans la veine cave supérieure,

par Sisley. (*Lancet*, 15 juin.) — Observation semblable, par Gairdner. (*Ibid.*, 22 juin.) — Anévrisme disséquant de l'aorte chez un malade mort de cancer hépatique et péritonéal, par Ferrand. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 juin.) — Anévrisme abdominal, traité par la méthode de Tufnell et l'iodure de potassium; guérison, par Ross. (*Lancet*, 11 mai.) — Anévrisme de l'aorte abdominale ouvert dans le péritoine. Hémorragie cérébrale, par F. Bezançon. (*Soc. anat.*, p. 130.) — Anévrisme de l'aorte ouvert dans le poumon droit. Mort par hémoptysie foudroyante, par Verdalle et de Coquet. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 2 juin.) — Du traitement des anévrismes de l'aorte. Discussion de la Société médicale de Berlin. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 409, 6 mai.) — Recherches sur la ligature du tronc brachiocéphalique par une incision médiane, au lieu de la ligature dans la continuité pour les anévrismes de la 2e et 3e parties de la sous-clavière droite, par Spencer. (*Brit. med. Journ.*, 13 juillet.) — Observation d'un cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière, traité par les courants continus, par Valladarès, rapport par Nélaton. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 115.) — Varice anévrismale de la cuisse datant de 5 ans, traitée par une opération, par Davis Colley. (*Guy's hosp. Report.*, XLV, p. 345.) — Amputation de cuisse pour gangrène sèche du membre inférieur occasionnée par un anévrisme poplité chez un jeune homme de 27 ans, malade depuis 10 ans. Présence d'ostéophytes autour de la cavité anévrismale, par Krœnlein. (*Corr. Blatt f. sch. Aerzte*, p. 150, 1er mars.) — Volumineux anévrisme poplité avec extension de la poche dans le canal de Hunter; guérison par la compression élastique et la compression digitale, par Duplay. (*Arch. génér. de méd.*, août.) — Traitement des anévrismes par l'introduction de corps étrangers dans la poche anévrismale, par Philippe. (*Progrès médical*, 29 juin.)

Angine. — De l'angine gangreneuse, par Maurin. (*Arch. génér. de méd.*, juillet.) — Sur le pléomorphisme d'une bactérie trouvée dans un cas grave d'angine septique, par F. Rivalta. (*Giorn. della R. Accad. di medic. di Torino*, nos 4-5.) — De la notion d'espèces dans les angines, par Sénac-Lagrange. (*Ann. des mal. de l'oreille,* juin.) — Des angines de poitrine tabagiques, par Huchard. (*Bull. méd.*, 26 mai.) — La mort dans l'angine de poitrine, par Huchard. (*Gaz. méd. des hôp.*, 21 mai.)

Angiome. — Nævus pigmentaire pileux de la moitié droite de la face, par Herm. Muller. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* n° 8, p. 243, 15 avril.) — Nævus pileux succédant sur place à un zoster thoracique, par le même. *Ibid.*, p. 244.) — Du nævus, son meilleur mode de traitement, par Gottheil. (*Internat. journ. of surgery*, p. 102, mai.) — Le traitement du naevus, par Holgate. (*New York Acad. of med.*, 11 avril.) — Traitement des nœvi par l'électrolyse, par Marshall. (*Lancet*, 12 janv.)

Anthrax. —Anthrax traité par le spray phéniqué, par Ryan-Tenison. (*Brit. med. Journ.*, 20 juillet.) — Sur deux cas d'anthrax guéri par les injections sous-cutanées d'acide phénique, par Arnozan et Lande. (*Journ. de médic. Bordeaux,* 21 avril.)

Anthropologie. — L'anthropologie criminelle, étude critique, par Belmondo. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.)

Antisepsie. — Leçons sur la thérapeutique des maladies infectieuses, antisepsie, par Bouchard. (In-8°, 384 p., 1888.) — Modifications et simplifications de la technique de l'antisepsie, par Forgue. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 22, 1888.) — Antisepsie chirurgicale dans les maladies des yeux et des oreilles à l'hôpital spécial de Manhattan, par David Webster. (*Internat. Journ. of surgery,* n° 4, p. 201, oct. 1888.) — De l'action antiputride de la

créoline, par Blas. (*Rev. méd. Louvain*, mars.) — Expériences sur la valeur antiseptique de l'acide borique, par Andrews. (*Chicago med. Journ. and examiner*, mars.)

Anus. — Sur le choix du procédé opératoire dans la création d'un anus iliaque artificiel, par P. Thiéry. (*Soc. Anat.*, p. 255.)— Quelques observations de colotomie iliaque, par Molinié. (*Thèse Montpellier*, nº 7.) — De la section contemporaine de l'éperon dans la cure de l'anus contre nature, par Richelot. (*Union médicale*, 1er juin.)

Aorte. — La plessimétrie du sternum appliquée à la séméiotique de l'aorte, par Livierato. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 2.) — Epithèmes antiseptiques, par Vigier. (*Journ. de méd. Paris,* 1er mars.) — Dilatation de l'aorte, oblitération de l'artère sous-clavière gauche, atrophie du membre correspondant, par Gingeot. (*Soc. médic. des hôp.*, 12 juillet.) — De la ligature de l'aorte, par Poncet. (*Province méd.*, 4 mai.)

Appareil. — Nouveaux appareils destinés aux recherches d'électro-physiologie, par d'Arsonval. (*Arch. de phys.*, nº3.)—D'un appareil enregistreur de la quantité d'acide carbonique éliminé, par Fano. (*Riv. clin. Arch. ital di clin med.*, XXVIII, 1.) — Nouveaux appareils pneumatiques transportables, par C. Forlanini. (*Il Morgagni*, mai.) — Nouveau périmètre, par Schweigger. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 408, 6 mai.) — Aiguille crochet à sutures, par Larger. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, nº 6, p. 466.) — Seringue à inoculation, par Clado. (*Soc. anat.*, p. 273.) — Un appareil d'aspiration et d'injection, par Partsch. (*Breslauer ærtzl. Zeits.*, nº 1.) — Attelle à pédales mobiles de Bœckel modifiée, par Defontaine. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, nº 6, p. 466.) —Appareil pour le traitement des fractures compliquées graves du membre inférieur et en particulier des fractures de jambe, par Warnots. (*La Clinique*, 18 avril.) — Clamp et thermocautère spécial pour cautériser la cavité utérine, par Goullioud et Laroyenne. (*Lyon médical*, 9 juin.) — Du nouveau spéculum à valves automatiques indépendantes à manche tubulé, par Nitot. (*Rev. gén. de clin.*, 30 mai.) — Ciseaux pour pansements, par Poncet. (*Gaz. des hôpit.*, 25 juin.) — Photophore clinique, par Bonnier. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, nº 3, p. 194.) — Crachoir de poche, par Dettweiler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 453, 13 mai.)— Sondes en gommes élastique-aseptique, par Rondeau. (*Bull. Soc. de chir.*; XV, p. 131.)

Artère. — Cas d'artère crurale bifide, par Bianchi. (*Sperimentale*, avril.) — Sur un réseau particulier, d'origine congénitale, de l'artère pulmonaire gauche, par Zahn. (*Archiv f. path. Anat.*, CXV, Heft 1.) — Bifurcation précoce de l'artère humérale, démontrée chez le vivant, par Stenzel. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 290, 1er avril.) — Anomalie de l'artère thyroïdienne supérieure, par Potherat. (*Soc. anat.*, p. 280.) — Artère sous-clavière droite de la crosse descendante de l'aorte; veine pulmonaire droite s'ouvrant dans la veine cave supérieure, par Shepherd. (*Montreal med. chir. Soc.*, 17 mai.) —Du sphygmomanomètre et de la mesure de la pression artérielle chez l'homme à l'état normal et pathologique, par Potain. (*Arch. de phys.*, nº 3.) — Recherches sur la pression artérielle dans les cavités cardiaques et dans les artères, par Krehl. (8e *Congrès de méd. internat. à Wiesbaden.*)—De quelques bruits artériels, par Phillips. (*Lancet*, 25 mai.) — De la stéatose artérielle généralisée, par Pruvost. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Indications et contre-indications de la ligature de la carotide primitive, appréciations et résultats de cette opération, par Poncet. (*Province médicale*, 25 mai.) — De la déchirure partielle des parois des artères, par Defrance. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Deux cas de ligature de l'humérale, par Turazza. (*Gaz. di Ospit.*, nº 10.)—Ligature de l'artère

et de la veine fémorales pour coup de sabre. Gangrène du pied. Mort, par WYMAN. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 300, 2 mars.) — Plaie de la fémorale profonde, par SCALZI. (*Gaz. med. di Roma*, n° 1. — Perforation de la poplitée dans un foyer d'ostéomyélite ancienne. Contribution à l'étude des hémorragies artérielles dans les foyers profonds, par DE LARABRIE. (*Rev. de chir.*, n° 2, p. 143.)

Articulation. — Développement des articulations diarthrodiales chez les oiseaux et les mammifères, par HEPBURN. (*Journ. of Anat.*, juillet.) — Des névroses articulaires, par PETERSEN. (18e *Cong. chir. allem. Cent. Chir.*, n° 29.) — De l'arthrodèse, par PETERSEN. (*Ibid.*) — Traitement des pseudarthroses, par MIKULICZ. (*Ibid.*) — Des malformations articulaires, par RIEDINGER. (*Ibid.*)— Des mouvements de latéralité du genou, par GALLET. (*Thèse de Paris*, 12 juin.) — Quelques variétés rares d'entorses, par CHAFFARD. (*Ibid.*, 25 juillet.) — De l'atrophie musculaire comme cause de douleurs articulaires, par BAZY. (*Progrès médical*, 23 mars.) — Phénomènes spasmodiques musculaires consécutifs aux affections articulaires chroniques, par FOURNIER. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Affection bilatérale du genou, étude sur 40 cas, par JOHN RIDBON. (*Intern. Journ. of surgery*, n° 4, p. 193, octobre 1888.) — Quelques considérations générales sur l'hydarthrose, son traitement par la ponction et l'injection, par FALCOZ. (*Thèse de Paris*, 6 juin.) — Du traitement de l'hydarthrose du genou par le procédé de l'éclatement suivi de massage, par BERNE. (*Union médic.*, 6 août.) — Rupture du tissu fibreux prérotulien, par DUBREUIL. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, n° 25, 1888.) — Traitement des contractures et des ankyloses de la hanche, par LORENZ. (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 janv.) — Corps étrangers du genou, arthrotomie sans drainage, guérison. Arthrite aiguë suppurée, développée chez un malade atteint d'hydarthrose chronique, guérison à la suite d'une injection phéniquée au 1/50, par MALINAS et MOSIMANN. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Arthrectomie du genou, par DEAVER. (*Med. News*, 15 juin.) — Corps articulaire du genou, ablation, par MILLIGAN. (*Lancet*, 13 juillet.) — Arthrotomie du genou pour corps libres articulaires, par KRŒNLEIN. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 déc. 1888.) —Arthrite purulente traumatique du genou guérie par ponction et lavages antiseptiques avec intégralité des fonctions, par REIFFER. (*Ibid.*, p. 116, 15 février.) — Deux cas de synovite suppurée, guérison complète de l'articulation, par ROBSON. (*Lancet*, 12 janv.) — Trois observations de tuberculose suppurée articulaire (hanche, coudes, poignet), traitée par la conservation, par A. HEWSON. (*Journ. of Amer. Ass.*, p. 147, 2 février.) — De l'intervention chirurgicale dans les cas d'arthrite fongueuse du genou, par DUNCAN. (*Amer. Journ. of med. sc.*, avril.) — Arthrite fongueuse (tuberculeuse) du poignet droit, survenu à la suite d'une chute sur la main. Résection articulaire. Récidive. Evidement et thermocautérisation. Désarticulation du pouce et de l'index; guérison, par MORF. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 163, 25 février.) — Ankylose osseuse coxofémorale, par CONDAMIN. (*Lyon médic.*, 4 août.) — Pseudarthrose, par E. ROCHARD. (*Diction. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVII.) — Sarcome de la bourse prérotulienne du genou droit. Récidive, par ESTOR. (*Gaz. hebd. des sc. médic. Montpellier*, n° 45, 1888.)

Asphyxie.—Recherches sur la circulation pendant l'asphyxie, par BROUARDEL et LOYE. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Essai sur l'asphyxie, par JOHNSON. (In-8°, *Londres.*) — Attaque passagère d'asphyxie locale (de Raynaud) à la suite d'une morsure de chien, par W. PASTEUR. (*Lancet*, 6 juillet.)

Asthme. — Asthme dû à un trouble fonctionnel de l'estomac, par VAN VAL-

zah et Crandall. (*Med. News*, 11 mai.) — De l'expectoration dans l'asthme, par Gellasgh. (*Fortscher d. Med.*, 15 mai.) — Fièvre et asthme des foins, par de Havilland Hall. (*Lancet*, 15 juin.)

Auscultation. — La signification du râle crépitant, par Jackson. (*New York Acad. of med.*, 16 avril.)

Autoplastie. — Cancroïde de l'angle externe de l'œil, ablation, autoplastie à l'aide d'un grand lambeau frontal, par Monod. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 63.)

B

Bactériologie. — Des formations de noyaux et de spores dans les bactéries par Ernst. (*Zeit. f. Hyg.*, V, 3.) — Influence de la bactériologie sur la conception de l'étiologie et de la nature des maladies, par Kiener. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 13.) — Rôle de l'expérimentation et de la bactériologie dans les progrès de la pathologie médicale contemporaine, par Carrieu. (*Ibid.*, n° 20 et 21.) — A propos des doctrines microbiennes, simple enquête, par Dumas. (*Ibid.*, n° 18, 1888.) — La doctrine microbienne et les microbes de l'appareil digestif, par Abelous. (*Ibid.*, n° 46, 1888.) — Influence de l'acide carbonique sur la vitalité des micro-organismes, (*Zeitschr. für Hygiene*, V, 2.) — Sur le pléomorphisme des bactéries, par S. Winogradsky. (*Ann. Inst. Pasteur*, 25 mai.) — Note sur le pléomorphisme des bactéries, par E. Metschnikoff. (*Ibid.*, 25 mai.) — Des produits microbiens qui favorisent le développement des infections, par Roger. (*Acad. des sc.*, 29 juillet.) — Nouvelles recherches par rapport à l'influence de certaines conditions physiques sur la vie des micro-organismes, par Bonardi et Gerosa. (*Arch. ital. di biol.*, XI, 1 et 2.) — Action de la lumière sur les bactéries colorées, d'après Engelmann. (*Rev. scientif.* 13 juillet.) — Des mouvements propres des micrococques, par Ali-Cohen. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 2.) — Culture des anaérobies, par Wurtz et Foureur. (*Arch. de méd. expér.*, I, n° 4.) — Influence de l'alimentation d'un bacille sur les diastases qu'il sécrète, par Vignal. (*Ibid.*, I, n° 4.) — De la formation d'acide sulfhydrique par les bactéries, par Holschewnikoff. (*Forts. d. Med.*, n° 6.) — Le placenta est-il traversé par les micro-organismes, par Oberdieck. (*Broch. Gottingue.*) — Des procédés de culture des microbes anaérobies pathogènes, par Foureur. (*Thèse de Paris,* 22 juillet.) — Sur une nouvelle espèce de microbe chromogène, le bactérium rosaceum métalloïde, par Dowdeswell. (*Ann. de microg.*, avril.) — Etude sur le bactérium phosphorescens, par Lehmann. (*Cent. f. Bakter.*, V, n° 24.) — Un nouveau bacille en forme de virgule, par Rosenfeld. (*Breslauer ærsztl. Zeit.*, n° 9.) — Micro-organisme de la suppuration, par Deslandes. (*Thèse de Montpellier*, n° 25.) — Sur un nouveau bacille pyogène, par Rietsch et du Bourguet. (*Acad. des sc.*, 17 juin.) — Sur un nouveau bacille capsulé, par Pfeiffer. (*Zeit. f. Hyg.*, VI, p. 145.) — Les protéus comme agents d'intoxication et d'infection, par Bordoni-Uffreduzzi. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Les micro-organismes de la cavité buccale et les affections locales ou générales qu'ils provoquent, par W. D. Miller. (*Leipzig.*) — Sur un bacille pathogène isolé dans un cas de néphrite de la grossesse, par Vassale. (*Rassegna di sc. med.*, janv.) — Sur les micro-organismes qui existent dans les cavernes pulmonaires, par Charles Seth Evans. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 1.) — Recherches sur la péricardite expérimentale par le pneumocoque, par Vanni. (*Speri-

mentale, avril.) — La question des micro-organismes du tube digestif, par Raczynski. (In-8°, *Saint-Pétersbourg*, 1888.) — Des bactéries contenues dans le duodénum, par Gessner. (*Arch. f. Hygiene*, IX, 2.) — Un protée très virulent et la protéose du bétail, par Perroncito. (*Giorn. d. R. Accad. di medic.*, *Torino*, n° 4 et 5.) — Valeur diagnostique de l'examen du sang pour la recherche du bacille typhique, par Janowski. (*Cent. f. Bakter.*, V, n° 20.) — Nouvelle forme de sycosis bacillogène, par Tommasoli. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 2.) — Bactériologie de la verrue vulgaire, par Kuhnemann. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 1.) — Etudes sur l'immunité. (Immunité des lapins contre le bacille du rouget des porcs), par E. Metschnikoff. (*Annales Inst. Pasteur*, 25 juin.)

Bain. — Le bain de vapeurs térébenthinées, par Descourtis. (*Rev. d'hyg. thérap.*, juin.)

Bassin. — Des mensurations du bassin et de leur importance en obstétrique, par Pershing. (*Amer. Journ. of med. sc.*, fév.) — Du bassin de la femme russe au point de vue anthropologique, par G. Runge. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVI, 1.) — Anatomie du plancher pelvien chez la femme, par Berry Hart. (*Edinb. med. Journ.*, juin.) — Des troubles viscéraux consécutifs à l'affaiblissement du plancher pelvien chez la femme, par de Lostalot. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Rétrécissement transverse du bassin par cirrhose lombosacrée suite de carie, par Wyder. (*Corresp. — Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 4, p. 106, 15 février.) — Abcès pelviens chez la femme, par Parish. (*Americ. med. Assoc.*, 26 juin.) — Bassin coxalgique, par Adenot. (*Lyon méd.*, 30 juin.) — Fracture verticale double du bassin, par Matteucci. (*Raccoglitore med.*, n° 1.)

Béribéri. — Quelques observations de béribéri dans la basse Cochinchine, par L'Honen. (*Thèse de Bordeaux*, 28 juin.) — Du béribéri, par Thomas. (*Indian med. Gaz.*, n° 4.)

Biliaires (Voies). — Recherches sur la bile humaine retirée par une fistule biliaire, par Copeman, Moncklon et Winston. (*Journ. of. physiol.*, X, n° 4.) — Contribution à l'étude des relations entre la fonction glycogénique et la fonction biliaire. Glycogénèse dans l'ictère, par Dastre et Arthus. (*Soc. de biologie*, 30 mars.) — Sur un dérivé particulier de l'hémoglobine dans la bile, par Wertheimer et Meyer. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — De l'apparition de l'oxyhémoglobine dans la bile et de quelques caractères spectroscopiques normaux de ce liquide, par Wertheimer et Meyer. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Contribution à l'étude des altérations de première formation de la vésicule biliaire (diverticule situé à la base de la vésicule), par G. Viola. (*Atti e Rendiconti dell'Accad. med. chirurg. di Perugia*, fasc. 1.) — Contribution à l'étude de la fièvre dite bilieuse inflammatoire des pays chauds, par Darius-Sévère. (*Thèse de Bordeaux*, n° 7.) — Rétrécissement du conduit biliaire, par Benham. (*Lancet*, 12 janv.) — Sur un cas bizarre de colique hépatique, par Tripet. (*Rev. gén. de clin.*, 11 juillet.) — Cirrhose consécutive à la lithiase biliaire, par T. Legry. (*Soc. anat.* p. 405.) — Cirrhose hypertrophique et lithiase biliaire, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 11 juillet.) — Une cause fréquente de lithiase biliaire chez la femme, par F. Marchand. (*Deutsche med. Woch.*, n° 3, p. 49.) — Fistule biliaire, par L. de Saint-Germain. (*Soc. anat.*, p. 288.) — Observation de fistule biliaire, étude de la bile obtenue par cette fistule, par Copeman. (*Lancet*, 25 mai.) — Fistule biliaire à travers le diaphragme et le poumon, par Carter. (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 3 mai.) — Hydropisie de la vésicule biliaire, cholécystotomie, par Terrillon. (*Progrès médical*, 4 mai.) — Enorme calcul du canal cholédoque, par Doyon. (*Lyon méd.*, p. 275,

23 juin.) — Calcul biliaire enclavé dans le cholédoque, cholhémie, cholécystotomie, mort, par Gallet. (*Clinique*, 30 mai.) — Cholécystotomie pour calculs biliaires, succès opératoire, amélioration passagère, décès deux mois après l'opération, autopsie, cancer de la tête du pancréas, par Frey. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er avril.) — Observation de cholécystotomie, la 54e avec seulement 2 morts, par Lawson Tait. (*Lancet*, 29 juin.) — Chirurgie de la vésicule biliaire, par Credé. (58e *Cong. chir. Allem.*, avril.) — Extirpation de la vésicule biliaire, par Thiem. (*Ibid.*) — Tumeur de la vésicule, ectasie des conduits biliaires avec calculs, par Kœrte. (*Ibid.*) — Calcul biliaire obstruant l'intestin, perforation de la vésicule dans le duodénum et le côlon, par Körte. (*Ibid.*) — Un cas de cholélithotomie avec remarques sur le traitement chirurgical de la cholélithiase, par Porter. (*Med. News.*, 22 juin.) — Influence de l'huile d'olive sur la sécrétion biliaire, par Rosenberg. (*Fortsch. d. Med.*, VII, n° 13.)

Blennorragie. — De la blennorragie chronique et de son traitement, par Ducastel. (*Gaz. des hôp.*, 23 mai.) — Le pouls et le cœur des blennorragiques, par Arnozan et Cheminade. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 4 août.) — Pathogénie des complications de la blennorragie, par Patris de Boe. (*Thèse de Paris*, 13 juin.) — Arthrites et hydrocèle blennorragiques sans gonocoques, par Guyon et Janet. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — De l'orchite blennorragique et de son traitement par le coton iodé, par Larrieu. (*Thèse de Bordeaux* n° 40.) — Importance étiologique de la gonorrhée pour quelques maladies des femmes, par Cullingvorth. (*Brit. med. Journ.*, 20 juillet.) — Des moyens de prévenir la diffusion de la blennorragie chronique et de ses complications chez la femme, par H. Meyer. (*Corresp. Blatt.f. schw. Aerzte*, 15 avril et 1er mai.) — De la gonorrée tubaire, par Schmitt. (*Arch. für Gyn.*, XXXV, 1.) — Traitement de la gonorrée et de la cystite gonorréique, par Palmer. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Sur le traitement de l'urétrite chronique par les bougies médicamenteuses, par Szadek. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 2.)

Botanique. — Traité de botanique médicale cryptogamique, par Baillon. (In-8°. *Paris.*)

Bouche. — Polype des gencives, par Baker. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 31 mai.) — De la xérostomie (sécheresse de la bouche), par W. Hadden. (*Brain*, p. 484, janv.) — Ulcère de la bouche (noma), traitement par les applications de sublimé, par Yates et Kingsford. (*Lancet*, 4 mai.) — Epithélioma du plancher buccal, par Richet. (*Gaz. des hôp.*, 23 juillet.)

Branchie. — Fentes branchiales et fistules congénitales du cou, par A. Broca. (*Soc. anat.*, p. 385.) — Cartilage branchial bilatéral et symétrique, par Poirier et Retterer. (*Soc. anat.*, p. 338.) — Remarques sur le travail de E. O. Samter, intitulé « Contribution à la doctrine des tumeurs branchiales », par Zahn. (*Archiv f. path. Anat.*, XV, Heft 1.)

Bronche. — Bronchite plastique, par Stirling. (*Practitioner*, juin.) — Bronchite pseudomembraneuse, expectoration blanche, lactescente, contenant des membranes de structure fibrineuse, examen histologique, par Caussade. (*Bull. Soc. anat.*, mai, p. 371.) — De la bronchite fibrineuse aiguë, étiologie, par Picchini. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 1.) — Dilatations bronchiques ampullaires du sommet droit, par Pilliet. (*Soc. anat.*, p. 190.) — Double dilatation bronchique ampullaire des sommets, mort par hémoptysie, par A. Pilliet. (*Soc. anat.*, p. 275.)

Brûlure. — Des brûlures et cicatrices, par Heath. (*Lancet*, 25 mai.) — Trai-

tement des brûlures par l'huile phéniquée, par Chandèze. (*Rev. gén. de clin.*, 15 août.)

C

Cadavre. — De la rigidité cadavérique, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 25 juin.) — De la rigidité cadavérique, par F. Falk. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, L, 370, avril.)

Cancer. — Résultats positifs d'inoculations cancéreuses de chien à chien, par Wehr. (18e *Cong. chir. allem.*; *Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Inoculations de cancer de rats à rats, par Hanau. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 433, 13 mai.) — De la contagion du cancer, par Michaux. (*Semaine méd.*, 18 juillet.) — Diminution de l'urée dans le cancer; sa valeur séméiologique, par Rauzier. (*Thèse de Montpellier*, n° 45.) — Le cancer en Normandie, par Ozenne. (*Normandie méd.*, 15 mai.) — Carcinose cutanée aiguë; généralisation; thrombose des sinus de la dure-mère; ramollissement hémorragique du cerveau, par Dubreuilh. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 juin.) — Du diagnostic du cancer par le microscope, par Schæffer. (*Journ. amer. Assoc.*, 23 mars, p. 403.) — L'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes; l'ablation complète et ses difficultés, par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 29 juin.)

Cartilage. — De l'enchondrome de l'omoplate, par Barthélemy. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Cellule. — De l'irritabilité des cellules et de son rôle dans la genèse des maladies, par Crocq. (*Presse méd. belge*, n° 3.) — Des phénomènes de phagocytose dans les poumons, par N. Tchistovitch. (*Ann. Institut Pasteur*, 25 juillet.) — Des prothistes cytophages ou parasites intra-cellulaires, par A. Celli. (*La Riforma medica*, 10, 11 et 13 mai.) — Contribution à l'étude des phagocytes, par Wolfheim. (*Ziegler's und Nauwercks Beiträge zur pathol. Anat.*, III, Heft 4, p. 402.) — Nécrophagisme et biophagisme sur la terminologie dans l'étude des phagocytes avec recherches sur la formation des cellules, par Podwyssozki. (*Fortsch. d. Med.*, VII, n° 13.) — De la spécificité des cellules chez l'homme, par Hillemand. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Constitution chimique du noyau des cellules, par A. Kossel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 415, 13 mai.) — Protoplasma, par Ed. Retterer. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVII.) — Sur le rapport qui existe entre les bases azotées dérivées de la nucléine et la présence des cristaux dans le noyau, par Grandis. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.)

Cerveau. — Sur les noyaux pyramidaux antérieurs du cerveau, par Mingazzini. (*Bull. Acad. di med. Roma*, fasc. 2 et 3.) — Sur la fine structure de la substance noire de Sœmmering, par Mingazzini. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Recherches d'anatomie sur l'écorce cérébrale des équins et des bovins, étudiée dans ses homologies avec celle de l'homme, par Sperino. (*Ibid.*, XII, 1 et 2.) — Sur la circulation du sang dans le cercle artériel de Willis, par Corin. (*Arch. de biol.*, IX, 1.) — Physiologie de l'écorce du cerveau, par Axenfeld. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Les fonctions du cerveau, doctrines de l'école italienne, par Soury. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Contribution critique à la théorie de la localisation cérébrale, par Pick. (*Zeitschrift für Heilkunde*, vol. X, n° 1, p. 1.) — Contribution aux localisations de l'écorce cérébrale, par L. Babacci. (*La Riforma medica*, 7 et 8 juin.) — Recherches sur la localisation des conducteurs des impressions sensitives dans les diverses parties de l'encéphale,

et sur la pathogénie des anesthésies de cause encéphalique, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Etude critique de la compression cérébrale, par Ed. Albert. (*Vienne.*) — Influence du corps strié et de la couche optique sur la température du corps, par Hall White. (*Lancet*, 29 juin.) — Un cas de microcéphalie, par E. Peiper. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXV, *Heft* 2.) — Hydrocéphalie congénitale avec dégénération secondaire, par von Monakow. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 189, 15 février.) — Hydrocéphalie congénitale chez une fillette de 7 mois, par W. Schulthess. (*Ibid.*, p. 108, 15 février.) — Hydrocéphalie, par A. Sanné. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XIV.) — Un cas de porencéphalie, par H. Legrand. (*Soc. anat.*, p. 307.)—Des variations de température des deux côtés du corps dans les lésions cérébrales, par Percy Dean, Horsley. (*Neurol. Soc. of London*, 18 mai.) — De la névrite optique dans les maladies du cerveau, par Manz. (*Münch. med. Woch.*, n° 32, 1888.) — Sur un cas d'hypermnésie avec accroissement pathologique de la faculté de représentation mentale, par Ballet. (*Progrès médical*, 3 juillet.)— Considérations anatomiques, physiologiques et cliniques sur l'hémianopsie en général et l'hémianopsie temporale en particulier, par Armaignac. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 30 juin.) — Un cas d'hémianopsie latérale due à la compression d'une bandelette optique; autopsie, par Sigaud. (*Lyon méd.*, 4 août.) — L'hémianopsie dans le complexus symptomatique des hémiplégies récentes, par A. Hauer. (*Prag. med. Wochenschr.*, 1888, n° 44.) — Note sur un cas d'atrophie cérébrale ; atrophie croisée du cerveau et du cervelet, par Mossé et Guibert. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 1888, n° 29.) — Un cas d'aphasie, par Mouisset. (*Lyon méd.*, 14 juillet.) — Monoplégie brachiale avec hémianesthésie sous la dépendance d'un foyer de ramollissement ayant son siège dans les zones motrices et sensitives correspondantes, par Chabrely. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 9 juin.) — Aphasie ; lésion du cerveau droit chez un gaucher, par Wood. (*Med. news*, 4 mai.) — Abasie à forme paralytique, par Brunon. (*Normandie médic.*, 1er mai.) — Apoplexie progressive et hémorragie ventriculaire, par Puech. (*Progrès médical*, 27 avril.) — De l'état mental chez les apoplectiques, par Ferrière. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Anévrisme de l'artère communicante antérieure ; rupture ; hémorragie méningée avec névrite optique, par Bellamy. (*Lancet*, 6 juillet.) — Phénomènes apoplectiformes ; œdème et lésions anciennes du cerveau et de la protubérance ; kystes du foie et des reins, par Nicolle. (*Soc. anat.*, p. 112.) — Hémiplégie alterne et nystagmus par un gros tubercule du mésocéphale, par Caussade. (*Ibid.*, p. 119.) — Tubercules du cerveau facilement énucléables, par Matton. (*Ibid.*, p. 181.) — Hémiplégie gauche ; perte du sens musculaire dans les membres paralysés ; foyer de ramollissement dans la couche optique, par Klippel. (*Ibid.*, p. 235.) — Abcès de la pariétale ascendante droite ; apoplexie ; hémiplégie gauche, par G. Bouisson. (*Ibid.*, p. 337.)— Hémiparésie droite à début brusque avec athétose, par Lœwenthal. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 287, 1er avril.) — Tumeur du 4e ventricule, par Joseph. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 3 et 4.) — Deux cas de tumeur de la toile choroïdienne et du 4e ventricule, par Borgherini. (*Riv. sper. freniatria*, XV, 2 et 3.) — Névrome atypique de l'encéphale, par A. Pilliet. (*Soc. anat.*, p. 425.)—Tumeur du corps pituitaire, par Whitewell). (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Tumeur cérébrale avec amincissement du crâne, par Ball. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 31 mai.) — Tumeur du pont de Varole, par Mac Gregor. (*Lancet*, 1er juin.) — Tumeur symétrique (sarcome) des deux hémisphères cérébraux, par Ormerod. (*Path. Soc. of London*, 5 fév.)—Tumeur fibro-sarcomateuse de l'hémisphère droit ; plaques villeuses dans la vessie, par Percy Rendall. (*Brit. med. Journ.*, 15 juin.) — Tumeur du cerveau ; extirpation ; mort, par Knapp. (*N. York neurol.*

Soc., 2 avril.) — Le traitement chirurgical des affections cérébrales, par Ernst von Bergmann. (*Berlin.*) — La chirurgie cérébrale, par Seppilli. (*Riv. sper. di freniatria*, XV, 1.) — Contusion bipolaire oblique du cerveau; fracture du crâne; double trépanation, par Thiéry. (*Soc. anat.*, p. 418.) — Abcès traumatique par explosion d'une arme à feu et siégeant dans les lobes antérieur et pariétal gauches du cerveau, par M. Maus. (*New York med. Record.*, p. 320, 23 mars.) — Blessure du crâne par arme à feu; le projectile reste dans le cerveau, par F. Vogl. (*Wien. med. Presse,* n° 4, p. 134.) — De la régénération du tissu cérébral après les lésions traumatiques, par Prus. (*Wiadomosci Lekarskie,* août 1888.)

Cervelet. — Recherches sur l'ontogenèse du cervelet, par Lahousse. (*Arch. de biol.*, VIII, 1.) — Effets de l'extirpation totale et partielle du cervelet chez les oiseaux, par Fasola. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.) — Tumeur du cervelet occupant la voûte du 4e ventricule; ataxie des membres inférieurs ayant duré quelques jours; nystagmus; mort dans le coma; endocardite, par Caussade. (*Soc. anat.*, p. 299.) — Un cas de sclérose du cervelet, par Mossé et Guibert. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, 1888, n° 18.)

Césarienne (Op.). — Un cas heureux d'opération césarienne, par Arnott. (*Edinb. med. Journ.,* août.) — De l'opération césarienne et du fœticide, par Hubert. (*Rev. méd. de Louvain*, mars.) — Opération césarienne; succès, par Engström. (*Finska läkar. handlingar*, janv.) — A propos d'une opération césarienne par le procédé de Sänger, suivie de guérison, par O. Morisani. (*La Riforma medica*, 27 avril.) — Opération césarienne chez une femme ostéomalacique; guérison, par Morisani. (*Ann. di ost. e gin.*, avril.) — Un cas d'opération césarienne, par J. E. Allen. (*Amer. Journ. of obst.,* mai.) — A quel moment doit-on pratiquer l'opération césarienne, par Bar. (*Journ. de méd. Paris*, 15 janvier.)

Champignon. — Les sporozoaires parasites de l'homme, par Pilliet. (*Tribune médic.*, 11 avril.)

Charbon. — Deuxième note sur l'inoculation du charbon symptomatique au lapin, par G.-H. Roger. (*Soc. biologie*, 30 mars.) — Sur la transmission du charbon de la mère au fœtus; recherches expérimentales, par R. Latis. (*La Riforma medica,* 17 juin.) — Nouvelle méthode de vaccination contre le charbon, par Ferdinand Hueppe et George Cartwright Wood. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 347, 22 avril.) — Indications pour le traitement de la pustule maligne, par Woolmer. (*Lancet,* 11 mai.)

Chancre. — Essai sur le pronostic du chancre céphalique; 103 obs. par Stourme. (*Thèse de Lyon.*) — Du chancre induré, par Du Castel. (*Gaz. des hôp.*, 8 août.) — Chancre herpétiforme infectant, par Lemaire. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Etiologie des adénites suppurées consécutives au chancre mou, par Puech. (*Montpellier méd.*, mai.)

Chimie. — Sur quelques dispositions de la pompe à mercure pour l'analyse des carbonates, par E. Pflüger. (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XLIV, p. 5.) — Analyse quantitative des acides et des bases, et particulièrement de l'ammoniaque, au moyen de l'iode et des hyposulfites, par E. Pfluger. (*Ibid.,* XLIV, p. 273.)

Chirurgie. — Statistique du service chirurgical de Demons à l'hôpital Saint-André, 1887-1888, par Lamarque. (*Thèse de Bordeaux*, 26 juin.) — La chirurgie antiseptique dans la pratique rurale, par Carl Schuler. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, n° 7, p. 193, 1er avril.)

Chlorose. — Chloro-anémie; ulcères multiples de l'estomac; péritonite aiguë

par perforation, par Glover. (*Soc. anat.*, p. 125.) — Chlorose; troubles pulmonaires intestinaux mal caractérisés; mort; examen du système circulatoire, des organes génitaux, du foie et de la bile, par Paul Tissier. (*Soc. anat.*, p. 239.)

Choléra. — Sur le choléra, par Nunes-Vais. (*Sperimentale,* mai.) — Étiologie du choléra nostras, par Kartulis. (*Zeit. f. Hyg.*, VI, 1.) — De la présence des bactéries du choléra dans le lait, par Kitasato. (*Zeit. f. Hyg.*, V, p. 491.) — Recherches sur les causes du choléra, par Macleod et Milles. (*Lancet,* 2 mars.) — L'ictère dans le choléra, par Montefusco. (*Giorn. di sc. med.*, X, fasc. 4.)

Chorée. — Chorée et rhumatisme, par Davillé. (*Thèse de Paris,* 19 juin.) — Note pour servir à l'étude de la paraplégie dans le cours de la petite chorée, par Souza, Leite et Cherbuliez. (*Progrès médical*, 11 mai.)— Chorée chez un nouveau-né, par Michon. (*Lyon méd.*, p. 129, 26 mai.)—De la chorée chronique, par Huet. (*Thèse de Paris,* 20 juillet.) — Deux cas de chorée aiguë mortelle, par Hutchinson. (*Lancet,* 11 mai.) — De la folie choréique, par Rosaguti. (*Thèse de Montpellier,* n° 10.) — Chorée dans la grossesse, par Handfield Jones. (*Obst. Soc. of London,* 3 juillet.) — Mélancolie et chorée, par Rossi. (*Sperimentale,* avril.) — Chorée chez une femme de 79 ans; mort; ramollissement cérébral, par P. Tissier. (*Soc. anat.*, p. 85.)— Les paralysies de la chorée, par Rondot. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 21 avril.) — Chorée grave traitée par le sommeil prolongé, par Charlton Bastian. (*Lancet*, 13 juillet.)

Cicatrice. — Chéloïde spontanée de la région sternale, par Vidal. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 460.) — Un cas de chéloïde multiple, par Smith. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 9.) — Opérations plastiques sur le cou et les bras pour difformités cicatricielles par brûlures, par Croft. (*Royal med. and chir. Soc.*, 14 mai.)—De l'épithélioma des cicatrices, par Chaintre. (*Gaz. méd. Paris.,* 27 avril.)

Circulation.— Pouls (physiol. et path.), par Wertheimer. (*Dict. encyclop. des sc. méd.,* 2e série, t. XXVII.) — Des courbes du pouls, par Jaquet. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 10, p. 301, 15 mai.) — Du ralentissement du pouls avec état syncopal, par Petitclerc. (*Bull. soc. médec. Rouen*, 17 juin.)

Climat. — Remarques sur le climat de Minnesota, par J. Hutton. (*New York med. Record*, p. 370, 6 avril.) — Sur les changements physiologiques qui surviennent chez l'Européen dans les régions intertropicales, par Glogner. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 2.)—Sur l'élimination du chlore chez les Européens sous les tropiques, par Lehmann. (*Ibid.*, CXV, *Heft* 2.)—Nervi et Locarno, par Adolph Odermatt. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte* 15 avril et n° 9, 1er mai.)

Cœur. — Quantité de graisse accumulée dans les sillons du cœur chez les animaux engraissés rapidement, par Regnard. (*Soc. biologie*, 30 mars.) — Action du pneumogastrique sur le cœur anémié de la grenouille, par Dourdoufi. (*Ibid.*, 11 mai.) — Sur les fonctions des sinus de Valsalva et des appendices auriculaires avec quelques remarques sur le mécanisme du cœur et du pouls, par Mayo Collier. (*Lancet.*, 9-10 juin 1888.) — Résumé de recherches sur le rythme et la physiologie des nerfs du cœur et sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux sympathique, par Gaskell. (*Arch. de phys.*, 1er janv. 1888.)—Cardiographie chez la grenouille, par W. Cowl et J. Gad. (*Centralblatt für Physiologie*, 1888, p. 264.) — Recherches sur la loi de l'inexcitabilité périodique du cœur chez les mammifères, par

Gley. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Sur un cas d'association d'une inhibition cardiaque à chaque effort respiratoire, par Capitan. (*Ibid.*, n° 3.) — Sur l'association entre l'effort respiratoire et l'inhibition du cœur, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, n° 3.) —Sur le rythme du cœur des mammifères, par Mac William. (*Journ. of physiol.*, IX, p. 167.) — Anatomie pathologique des ganglions cardiaques, par Ott. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 291, 1er avril.) — Un cas d'anomalies congénitales du cœur, par Miura. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 2.) — Sur un cas de phlébectasie de la valvule tricuspide, par Zahn. (*Ibid.*, CXV, Heft 1.) — Pronostic des affections cardiaques, par Leyden. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 339, 15 avril.) — Cœur et carotide; temps du cœur, par Duroziez.. (*Union médicale*, 4 juin.) — Un nouveau syndrome cardiaque; l'embryocardie ou rythme fœtal des bruits du cœur, par Huchard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 avril.) — Sur un cas de cardiopathie (cœur forcé) avec hémiplégie, par Grasset. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 37, 1888.) — De la dyspnée cardiaque, par von Basch. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 435, 13 mai.) — La dyspnée toxique dans les cardiopathies artérielles et son traitement, par Huchard. (*Soc. de thérap.*, 12 juin.) — Les hypertrophies cardiaques idiopathiques, par O. Fraentzel. (*Berlin.*) — Sur un cardiaque neurotique, par Handfield Jones. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Méthode d'inscription graphique des signes physiques révélés dans l'examen des maladies du cœur, par Sansom. (*Lancet*, 19 janv.) — Asystolie, cachexie cardiaque, thrombose de la veine sous-clavière gauche, par Hanot. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) —Recherches sur l'oblitération des artères coronaires cardiaques, par Fenoglio et Drogoul. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 20.) — Un cas de sténose de l'artère pulmonaire avec lacune de la paroi ventriculaire et une modification particulière du sang, par Ludolf Krehl. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLIV, p. 426.)— Endocardite infectieuse, par A.-F. Guyon. (*Soc. anat.*, p. 269.) — Végétation des valvules sigmoïdes aortiques; ulcère perforant de l'estomac, par Létienne. (*Soc. anat.*, p. 249.) — Insuffisance aortique chez un homme de 45 ans; mort brusque par rupture des valvules, par Leyden. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 430, 13 mai.)—Le rétrécissement tricuspidien, par Rodais. (*Union médicale*, 8 avril.)— Du diagnostic périphérique du rétrécissement mitral, par Perret. (*Lyon méd.*, 7 juillet.) — Du diagnostic de l'endocardite aiguë simple; valeur des modifications des bruits normaux, par Meugy. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Sur le rétrécissement mitral, par Acland. (*Lancet*, 20 juillet.) — Insuffisance mitrale; anémie cérébrale; respiration alternante, par Rendu. (*Gaz. des hôp.*, 5 juin.) — Péricardite tuberculeuse adhésive, par P. Tissier. (*Soc. anat.*, p. 297.) — Péricardite tuberculeuse, par Netter. (*Ibid.*, p. 177.) — Symptôme non décrit de la péricardite, par Soffella. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 5.) — Péricardite purulente; aspiration, par Doubleday. (*N. York med. Journ.*, p. 232, 1er septembre 1888.) — De la médication iodurée dans quelques cardiopathies, par Mascarel. (*Rev. gén. de clin.*, 30 mai.) — Fibrolipome du cœur, par Caryophyllis. (*Soc. anat.*, p. 202.) — Rupture spontanée du cœur, par Mallet. (*Ibid.*, p. 400.) — Considérations sur quelques observations de rupture spontanée du cœur, par Guillemart. (*Thèse de Bordeaux*, n° 29.) — Rupture du cœur, par Ashton. (*Lancet*, 12 janvier.)

Conjonctif (Tissu). — Sur les fibres élastiques et leurs modifications, par R. Virchow. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 2.)

Conjonctive. — Le microcoque de la conjonctivite folliculaire, par Basevi. (*Ann. di ottalm.*, XVII, fasc. 6.) — Conjonctivite diphtéritique et son traitement par le salicylate de mercure, par Moura-Brazil. (*Riv. Brazileira de opht.*, janv.-fév.) — Sur une tumeur épithéliale bénigne de la conjonc-

tive bulbaire, par Kalt. (*Arch. d'opht.*, IX, mars-avril.) — Leucosarcome de la conjonctive oculaire, par Grossmann. (*The ophth. Review.*, avril.) —

Contagion. — La transmission des maladies par les consultations externes, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 mars.) — Du mode de transmission des maladies infectieuses dans les hôpitaux, par Cadet de Gassicourt. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 mars.) — Rapport sur les mesures à prendre pour combattre la transmission des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 mai.) — La déclaration des causes de décès dans les maladies contagieuses, par Jaumes. (*Montpellier méd.*, avril.)

Coqueluche. — Note sur la gravité comparée de la coqueluche et de la scarlatine, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 juin.) — Épidémie de coqueluche à l'hôpital des Enfants, par Lassalle. (*Montpellier méd.*, juin.) — Cas de coqueluche compliqué de phénomènes cérébraux, par Fritszche. (*Jahrh. f. Kinderh.*, XXIX, 3 et 4.) — Complications rénales dans la coqueluche, par Mircoli. (*Gaz. d. Ospit.*, 13 janv.) — Note sur le traitement de la coqueluche par les pulvérisations phéniquées, par E. Mauriac (*Journ. de méd. Bordeaux*, 7 avril.) — L'antipyrine dans la coqueluche, par Guaita. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, 13 oct. 1888.) — Traitement de la coqueluche; indications générales, par Ollivier. (*Bull. gén. de thér.*, 30 mars.)

Cornée. — Étude d'anatomie pathologique sur le leucome adhérent, par Fontan. (*Bull. de la Soc. d'ophtalm. de Paris*, I, 1, p. 51.) — La kératite interstitielle à forme d'abcès, par Caudron. (*Rev. gén. d'ophtalm.*, avril.) — Ulcères infectieux de la cornée; nature et traitement, par Lardy. (*Thèse Montpellier*, nº 15.) — Quelques formes de kératalgie traumatique, par Bronner. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 13 juin.) — Staphylome total de la cornée; opération, par Wolfi. (*Lancet*, 23 mars.) — Sur la suture de la cornée, par Suarez de Mendoza. (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, I, 1, p. 105.) — Du traitement des kératites et en particulier du traitement chirurgical, par Kuhn. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — 250 cas de péritomie, par Ford. (*Lancet*, 15 juin.) — L'antisepsie dans les suppurations expérimentales de la cornée, par Fortunati. (*Sperimentale*, juillet.) — Trois cas de kératocone traités par le cautère actuel, par Williams. (*Brit. med. Journ.*, fév.) — Cas d'épithéliomas et de sarcomes de la cornée et de la conjonctive, par Lawford. (*Roy. London opht. hosp. Reports*, janv.)

Corps étrangers. — Quelques cas de corps étrangers des voies aériennes, par Juffinger. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, 4.) — Corps étranger du larynx (pierre avalée par un enfant) resté latent pendant 15 mois; mort brusque à la suite d'une course ayant déplacé le corps étranger; autopsie : loge creusée au-dessus de la corde vocale droite; pierre au niveau de la bifurcation de la trachée, par Leyden. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 339, 15 avril.) — Thyrotomie pour corps étranger du larynx, par Beverley. (*Brit. med. Journ.*, 6 juillet.) — Corps étranger; noyau d'olive dans la trachée; trachéotomie; guérison, par d'Astros. (*Marseille méd.*, 30 juill.) — Perle de verre dans les voies aériennes; trachéotomie; guérison, par Addenbrooke. (*Lancet*, 13 juill.) — Corps étrangers des voies aériennes, par Collier (*Lancet*, 19 janv.) — Corps étranger logé dans une bronche; trachéotomie; mort au 17e jour, par Elliot. (*Boston med. Journ.*, 20 juin.) — Corps étranger de la bronche droite; trachéotomie; guérison, par Page. (*Brit. med. journ.*, 20 juillet, p. 130.) — Des corps étrangers de l'oreille, par Bezold. (*Berl. klin. Woch.*, 2 juillet 1888.) — Extraction d'un fragment de canon de fusil, après 10 ans de séjour, de la région inter-mastoïdienne droite, par A. Martin. (*Journ. de Méd. Paris*, 1er mars.) — Corps étranger (gravier) de l'oreille, par Pon-

CET. (*Lyon méd.*, 28 juillet.) — Nouvelle méthode pour l'extraction des corps étrangers enfoncés comme un coin dans le conduit auditif, par COZZOLINO; aspiration avec la seringue. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Corps étranger dans l'œil depuis 2 ans, par SWAN. (*Lancet*, 13 juillet.) — Pièce dentaire avalée par une femme et rendue par les garde-robes 13 jours après son introduction accidentelle dans les voies digestives, par BERGER. (*Bull. soc. de chir.*, XV, n° 3, p. 221.) — Corps étranger de la vessie (bougie-sonde), par EMIL BURCKHARDT. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 81, 1er février.) — Corps étranger de la vessie, par KEZMARSZKY. (*Orvosi Hetilap*, n° 4.)—Corps étranger extrait de l'utérus, par HERZFELD. (*Soc. des méd. de Vienne*, 11 janvier.) — Coup de feu de l'avant-bras gauche; séjour du projectile dans le rond pronateur; douleurs et troubles trophiques nécessitant l'ablation de la balle, par FÉVRIER. (*Gaz. méd. Paris*, 6 avril.) — Quatre cas de migration de corps étrangers, par BEARD. (*Journ. of. amer. Assoc.*, p. 251, 16 févr.) — Balle de plomb déformée par compression et portant l'empreinte d'un tissu, par H. GRIPAT. (*Bull. Soc. chir.*, XV, n° 3, p. 201.)

Crâne. — Topographie crânio-cérébrale, par ANDERSON et MAKINS. (*Lancet*, 13 juillet.) — Sur les crânes défectueux, par J. FRIDOLIN. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXVI, Heft 2.) — Recherches sur l'influence de la forme du crâne sur une disposition de l'os temporal, par KÖRNER. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 4.) — Sur quelques traumatismes de la région latérale du crâne, par CAIRON. (*Thèse de Paris*, 22 mai.)—Balle traversant le crâne de part en part par les tempes; guérison avec perte de la vue de l'œil droit, par SYDNEY JONES. (*Lancet*, 2 mars.) — Fracture double du crâne, par MANLEY. (*Med. news.* 9 fév.)—Fracture du crâne; trépanation; guérison, par FALLIBOIS. (*Dauphiné médic.*, n° 4, avril.)—Vaste fracture de la voûte du crâne avec enfoncement des fragments; trépanation; guérison, par GODARD. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Fracture comminutive du crâne; dépression osseuse; abcès cérébral; opération; guérison, par MORGAN. (*Lancet*, 15 juin.)—Des tumeurs du crâne, par DIAKONOW. (*Med. Obozrenie*, n° 2.)

Criminel. — L'intelligence des criminels, par MARRO. (*Arch. di psichiat.*, X, 1.) — Criminels d'occasion, par OTTOLENGHI et ABRARDI. (*Ibid.*, X, 1.) — La canitie et la calvitie chez les criminels dans leurs rapports avec les normaux, les épileptiques et les crétins, par OTTOLENGHI. (*Ibid.*, X, 1.)— Le cerveau des criminels; notes sur deux assassins, par FALLOT. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, 15 mai.) — A propos d'une réforme pénitentiaire, par GIACCHI. (*Sperimentale*, mai.)

Cristallin. — Action de la naphtaline sur l'œil et de la soi-disant cataracte naphtalinique, par KOLNISKI. (*Westnik ophtalm.*, janv.) — Sur les contusions du cristallin, par CAUDRON. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.)—Lavages intra-oculaires après l'extraction de la cataracte, par MUGNIERY. (*Thèse de Lyon.*) — Utilité, mode d'action et technique des lavages intra-oculaires après l'extraction de la cataracte, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 14 juillet.) — De l'enclavement irien consécutif à l'extraction de la cataracte, principalement d'après la méthode française, par BORRY. (*Thèse de Lyon*, n° 457.)— De l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte; pansement des cataractés, par GALEZOWSKI. (*Soc. d'ophtal.*, 2 juillet.)—Un nouveau couteau pour l'extraction de la cataracte, par EDWARD JACKSON. (*Amer. journ. of the med. sc.*, p. 262, mars.) — De l'extraction du cristallin luxé, par DESPAGNET. (*Soc. d'ophtalm.*, 2 juillet.) — Extraction du cristallin luxé dans le corps vitré, par GUENDE. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — De l'extraction de la cataracte sénile, avec les résultats de 1,248 extractions, par LITTLE. (*Brit. med. journ.*, février.)

Cysticerque. — Cas de cysticerque sous-conjonctival, par Werner. (*Opht. Soc. of unit. kingdom*, 13 juin.) — Recherches sur les soi-disant cysticerques libres des ventricules du cerveau, par Hammer. (*Prager med. Woch.*, 22 mai.) — Les parasites de l'encéphale. Cysticerque ladrique de l'encéphale chez l'homme, par Lancereaux. (*Union médicale*, 21 mai.)

Cystinurie. — De la cystinurie, par Leo. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 3 et 4.)

D

Démographie. — Nombre d'enfants par famille en France, par Chervin. (*Revue d'hyg.*, XI, 119, février.)

Dent. — Évolution infantile des dents hérédo-syphilitiques, par Desmartin. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — De la greffe dentaire, par Pinel. (*Thèse de* Paris, 11 juillet.)

Désinfection. — De la désinfection par les gaz, par Gaillard. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Instruction pratique sur la désinfection, par van Ermengen. (*Le Mouvement hygiénique*, V, p. 5, janvier.) — Application de la stérilisation (désinfection) à la médecine tant préventive que curative, par Th. Schneider. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aertze*, nº 210, p. 90, 15 mai.)

Diabète. — Des échanges gazeux chez les diabétiques, par Leo. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 435, 13 mai.) — Contribution à l'étude clinique du diabète chez les obèses, par Kisch. (*Centralbl. f. klin. Med.*, nº 17.) — De la saccharimétrie clinique, par Duhomme. (*Soc. de thérap.*, 26 juin.) — Le coma diabétique, par Lyon. (*Gaz. des hôp.*, 27 juillet.) — Du coma diabétique, par Brousse. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 1888, nº 30.) — Deux complications insolites du diabète : pleurésie et zona, par E. Pluyette. (*Marseille médical*, nº 3, p. 143, 1889.) — Affections oculaires et nerveuses dans le diabète, par Anderson. (*Ophth. Review.*, avril.) — Diabète expérimental consécutif à l'extirpation du pancréas, par Mering et Minkowski. (*Centrabl. f. klin. Med.*, nº 23.) — Sclérose du pancréas et diabète, par Pilliet. (*Progrès médical*, 25 mai.) — Diabète sucré avec fièvre typhoïde, par Dearden. (*Lancet*, 20 avril.) — Nature et traitement du diabète, par Bunge. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, nº 10, p. 303, 15 mai.) — 3 cas de diabète insipide dans une famille, par Clay. (*Lancet*, 15 juin.) — Traitement symptomatique du diabète par la codéine à haute dose, par Novaro. (*Revista Argent. de ciencias med.*, nº 1, 1888, et *Centralbl. f. klin. Med.*, 19 janv.) — L'alcool dans le régime du diabète sucré, par Pollatschek. (*Wiener med. Woch.*, nº 19.) — Action thérapeutique de l'antipyrine dans la glycosurie, par Panas. (*Bull. Acad. de médec.*, 9 avril.) — Traitement du diabète par l'antipyrine : mode d'emploi; résultats; contre-indications, par Robin. (*Gaz. méd. de Paris*, 13 avril.) — Valeur relative de l'opium, de la morphine et de la codéine dans le diabète, par Fraser. (*Brit. med. journ.*, janvier, p. 118.) — Recherches sur l'emploi du syzygium jambolanum comme moyen curatif dans le diabète expérimental, par Graeser. (*Centralbl. f. klin. Med.*, nº 28.) — Traitement du diabète, par A. Robin. (*Bull. Acad. de médec.*, 28 mai.)

Digestion. — La digestion des graisses et les nouveaux succédanés de l'huile de foie de morue, par Maymann. (*Münchener med. Wochenschr.*, p. 485, 1888.) — La digestion de l'amidon dans les graines et les feuilles, par A. Marcacci. (*Atti e Rendiconti della Accad. med.-chirurg. di Perugia*, fasc. I.)

Diphtérie. — Étude du bacille de la diphtérie, par ZARNIKO. (*Cent. f. Bakter.* VI, n° 6.) — Rapport sur une épidémie de diphtérie à Burnham, par DOWNES. (*Practitioner*, juin.) — Epidémie localisée de diphtérie dans un district rural, par PAGET. (*Ibid.*) — Distribution géographique de la diphtérie dans l'Angleterre, les Iles Britanniques. (*Ibid.*) — Relation d'une épidémie de diphtérie, par ANDRÉ. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Deux cas de diphtérie succédant à une plaie, par HAIG BROWN. (*Brit. med. journ.*, 8 juin.) — Diphtérie, par BOURDEAUX. (*Arch. méd. belges*, janvier.) — Etiologie, prophylaxie et traitement de la diphtérie, par SEVESTRE. (*Rev. gén. de clin.*, 13 juin.) — Notes cliniques sur la diphtérie, par HOOD. (*Lancet*, 12 janvier.) — Variations du rythme respiratoire chez les diphtéritiques dans les inhalations d'oxygène, par P. LANGLOIS. (*Soc. biolog.*, 30 mars.) — Paralysie diphtéritique, particulièrement du pronostic, par SWIFT. (*Adelaïde.*) — Paralysies étendues à la suite de diphtérie, par D. HANSEMANN. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 3.) — Un cas de paralysie diphtéritique, par FLESCH. (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 48, 1888.) — Anatomie pathologique d'un cas de paralysie diphtéritique, par KRAUSS. (*Neurol. Centralbl.*, n° 17, 1888). — Diphtérie laryngée, 2 cas de trachéotomie avec guérison dans la même famille, par STEVENS. (*Lancet*, 8 juin.) — La diphtérie, nature et traitement, par BILLINGTON; le tubage dans le croup et les autres formes de sténose aiguë ou chronique du larynx, par O'DWYER. (In-8°, 326 p., *N. York.*) — Indications de la trachéotomie dans la diphtérie, 100 opér., 55 guér., par VAN ITERSON. (Congrès de Harlem, *Semaine méd.*, 3 août.) — La diphtérie, par LE GENDRE. (*Union médicale*, 4 juin.) — Notes sur la diphtérie, par BLACHE. (*Bull. méd.*, 7 juillet.) — Traitement des amygdalites diphtéritiques, par HABERKORN. (*Cent. f. Chir.*, 10 août.) — Le traitement local de la diphtérie, par MULHALL. (*Americ. laryng. Assoc.*, 1er juin.) — Un excellent moyen contre la diphtérie, par GUST. ELWERT. (*Würtemb. Corresp. Blatt.*, n° 38, 1888.) (Calomel 1, amidon, 2-3, en applications locales.) — Traitement de la diphtérie par l'hydrothérapie à l'Hôpital des Enfants de Lübeck, par PAULI. (*Therap. Monatsheft*, décembre 1888.) — Du bichlorure de mercure dans la diphtérie, par J. COLEMAN. (*Journ. of Amer. Assoc*, 23 fév., p. 254.) — De la diphtérie : traitement et prophylaxie, par H. JACKSON. (Discussion Soc. méd. de Massachussets. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 6 avril.) — Traitement de la diphtérie (acide acétique) par ENGELMANN. (*Deut. med. Woch.*, n° 46, 1888.) — De la diphtérie et de son traitement (quinine et badigeonnages au perchlorure), par STADNITZKY. (*Voienno med. Journ.*, vol. CLV, p. 1.) — Quel est le meilleur traitement de la diphtérie, par LE GENDRE. (*Union médicale*, 25 juin.)

E

Eau. — De la stérilisation de l'eau par le filtre Chamberland (eau absolument pure), par L. DOR. (*Lyon méd.*, 9 juin.) — Sur la toxicité des eaux météoriques, par DOMINGOS FREIRE. (*Acad. des sc.*, 3 juin.) — L'efficacité des filtres et autres moyens employés pour purifier l'eau potable, par CURRIER. (*Med. News.*, 20 avril.) — De l'eau en thérapeutique. Discussion de la Société médicale de New York. (*New York med. Record.*, p. 275, 9 mars.) — Classification des eaux du terrain quaternaire du département de Constantine. Sur la présence des azotates dans les eaux du Sahara, par LAHACHE. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Les nouvelles distributions d'eau de Roubaix, Tourcoing et Dunkerque, par Jules ARNOULD. (*Revue d'hyg.*, XI, 403, mai.)

Eaux minérales. — Quelques particularités relatives à la nouvelle installation balnéo-thérapique de Saint-Christau, par Bénard. (*Ann. de la Soc. d'hydrol.*, XXXIV.) — Analyse des eaux minérales de Tirgul Neamlz, par Poni. (*Bul. soc. méd. de Jassy*, sept. 1888.) — La thérapeutique tapageuse aux eaux minérales, par Pécholier. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier*, 1888, nº 20.) — Sur les eaux de Strathpeffer, par Bruce. (*Practitioner*, juin.) — Comparaison des stations thermales de Louèche et de Weissenbourg, par de La Harpe. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 219, avril.) — Effets des eaux de Lippspringel (source Arminius) dans la tuberculose, par Kœniger. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 333, 15 avril.)

Éclampsie. — Lésions hépatiques dans l'éclampsie avec ou sans ictère, par Pilliet. (*Soc. biologie*, 30 mars.) — Albuminurie gravidique et éclampsie, par Arnal. (*Thèse Montpellier*, nº 40.) — De l'éclampsie puerpérale; historique, pathogénie et traitements actuels, par Paul Duguet. (*Thèse de Bordeaux*, nº 30.) — Traitement de l'éclampsie par la pilocarpine, par de Moura. (*Brazil med.*, 1er mars.) — Du mode d'administration du chloral dans l'éclampsie, par Blanc. (*Lyon méd.*, 30 juin.)

Ecthyma. — Folliculites ombiliquées et ulcéreuses discrètes et généralisées; ecthyma des mains et des pieds, par Vidal. (*Ann. de dermat.*, X, nº 6, p. 545.)

Eczéma. — L'eczéma séborréique d'Unna, par Gamberini. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 2.) — Acné et eczéma séborréique, par Hallopeau. (*Ann. de dermat.*, X, 4, p. 329.) — Eczéma séborréique syphyloïde, par Vidal. (*Ibid.*, X, nº 5, p. 452.) — Note sur l'eczéma des ongles, par E. de La Harpe. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 78, février.) — Papillome de l'anus, du périnée et du pénis après un eczéma chronique, par Elliot. (*Journ. of cut. dis.*, sept. 1888.) — Eczéma causé par l'iodoforme, par Pope. (*Lancet*, 6 avril.) — Traitement de la période aiguë de l'eczema, par Mackintosh. (*Practitioner*, juillet.)

Electricité. — Relations entre la tension superficielle et certains phénomènes électriques d'origine animale, par d'Arsonval. (*Arch. de Phys.*, nº 3.) — De la résistance électrique du corps humain à l'état sain et à l'état pathologique, par Silva et Pescarolo. (*Riv. sper. freniatria*, XV, 2 et 3.) — Sur l'organe électrique de la raie, par Burdon Sanderson et F. Gotch. (*The Journal of physiology*, IX, p. 137.) — Excitation polaire des protistes par le courant galvanique, par Verworn. (*Archiv für die gesammte Phys.*, XLV, p. 1.) — Production de décharges électriques à la surface cutanée sous l'influence d'excitations sensorielles et psychiques, par de Tarchanoff. (*Semaine méd.*, 3 juillet et *Soc. de biol.*, 29 juin.) — Dispositif de fermeture secondaire pour éviter l'usure des piles thermo-électriques, par G. Mayerhausen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 378, 29 avril.) — Nouveau rhéostat par les batteries portatives, par Eulenburg, (*Ibid.*, p. 349, 22 avril.) — De l'électricité en thérapeutique. Discussion de l'Académie de médecine de New York. (*New York med. Record*, p. 387, 6 avril.) — Influence des bains sur l'excitabilité électrique des muscles et des nerfs, par Grœdel. (Le bain froid diminue la sensibilité électro-cutanée tandis qu'il accroît l'excitabilité galvanique et faradique des muscles et des nerfs; le bain chaud a des effets inverses.) (*Berlin. klin. Woch.*, p. 241, 18 mars.) — Valeur thérapeutique de l'électricité en gynécologie, par Gœlet. (*Med. News*, 22 juin.) — Contribution à l'électro-thérapie en gynécologie, par E.G. Orthmann. (Utile surtout contre la dysménorrhée.) (*Berlin. klin. Woch.*, 27 mai et 3 juin.) — Électrolyse dans le traitement de quelques affections utérines, par Gibbons. (*Practitioner*, mai.) — Méthodes d'emploi

de l'électricité pour la destruction des poils, par Hayes. (In-8°, *Chicago.*) Du mode d'action de l'électrolyse linéaire par les courants faibles, et de sa température dans la destruction des tissus organiques, par Fort. (*Acad. des sciences,* 22 juillet.) — Emploi de l'électro-aimant dans la chirurgie oculaire, par Bauvillet. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.)

Eléphantiasis. — Un cas d'éléphantiasis congénital, par Waitz. (18e *Cong. chir. allem.*; *Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Eléphantiasis du bras consécutif à une brûlure grave, par Berry. (*Provinc. med. journal.*, mai, p. 284.) — Éléphantiasis génital, par Tournier. (*Lyon méd.*, 14 juillet.) — Éléphantiasis du scrotum chez des Fidjiens, Sibi et Ceke (termes du pays), par Corney. (*Lancet*, 6 avril.)

Embolie. — Sur l'oblitération de l'artère mésentérique supérieure par une embolie, par Kaufmann. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXVI, Heft 3.) — Sur une embolie paradoxale et sa signification au point de vue de la métastase des tumeurs, par Zahn. (*Ibid.*, CXV, Heft, 1.)

Embryon. — Du mode de terminaison des canaux de Müller dans le sinus uro-génital chez l'embryon humain, par Müller. (*Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, XVII, 1.) — De la légalité de l'embryotomie, par Jacob Heimberger. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, L, 307, et LI, 61, avril et juillet.) — Sur quelques anomalies de développement de l'embryon humain, par Giacomini. (*Arch. ital. de biol.*. XII, 1 et 2.) — Anatomie d'un embryon humain de la longueur de 2mm,6, par Chiarugi. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.)

Embryotomie. — Un cas d'embryotomie avec le crochet de Braun, par Richard Stein. (*New York med. Record.*, p. 731, 22 déc. 1888.)— Version céphalique et crâniotomie dans un cas de présentation de l'épaule, par Brachet. (*Arch. de tocol.*, fév.) — Recherches expérimentales et cliniques pour servir à l'histoire de l'embryotomie céphalique, par Bar. (In-8°, 317, p. *Paris.*) — Embryotomie céphalique combinée, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, juin.)

Empoisonnement. — Lavage de l'organisme dans les empoisonnements, par Sanquirico. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 1.) — Accident mortel survenu à la suite d'une injection hypodermique de cocaïne, par Abadie. (*Bull. soc. d'opht. de Paris,* I, 1, p. 26.) — Empoisonnement par la cocaïne par application intra-nasales, enfant de 6 ans, par Randall. (*Univ. med. magazine*, avril.) — Accidents toxiques par l'hyocine, par Carey. (*Ibid.*). Des accidents aigus d'intoxication par la cocaïne, par Lépine. (*Semaine méd.*, 22 mai.) — Emploi du chanvre indien contre l'empoisonnement chronique par le chloral et l'opium, par Birch. (*Lancet*, 30 mars.) — Empoisonnement par le sulfate de morphine (1 gr. 25), femme de 47 ans; injections de strychnine et atropine; nitrite d'amyle, resp. artif. Guérison, par Williams. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — Sur la guérison de la morphinomanie et de l'alcoolisme, par Playfair. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Traitement héroïque dans un cas d'empoisonnement par la strychnine (2 grammes); chloroformisation, introduction dans l'estomac de 6 gouttes d'huile de croton et 5 grammes de chloral. Guérison, par Vineyard. (*Weekly med. Rev.*, 13 avril.)— Empoisonnement accidentel par le sulfate neutre d'atropine. Responsabilité du médecin et du pharmacien, par Gabriel Pouchet. (*Ann. d'hyg. publ.*, p. 139. février.) — Un cas d'empoisonnement par le café, par M. Cohn. (*Therap. Monatsh.*, n° 3, 1888.) — Note sur seize cas d'empoisonnement par des graines de ricin, par Edson. (*Brooklyn med. Journ.*, fév. 1888.) — Empoisonnement par l'antipyrine, fille de 10 ans, par Muller. (*Illust. med. News*, avril.) — Empoisonnement par

l'antifébrine, par Meyer. (*All. med. cent. Zeit.*, 20 avril.) — Un cas d'empoisonnement par la santonine, par Fliesburg. (*Northwestern Lancet*, 15 oct. 1888.) — Valeur des sulfates solubles dans l'empoisonnement par la créosote, par Hare. (*Univ. med. Magazine*, avril.) — Empoisonnement mortel par l'acide phénique, par Foulerton. (*Lancet*, 19 janv.) — Un cas d'empoisonnement par le nitrobenzol, par Reynolds. (*Med. chronicle*, mai.) — Empoisonnement par le nouvel explosif « Sicherheit » par Sykes. (*Brit. med. Journ.*, 20 juillet.) — Empoisonnement par la roburite, par Ross. (*Med. chronicle*, mai.) — Empoisonnement chronique par l'arsenic et acrodynie, par Barthélemy. (*Thèse de Montpellier*, n° 31.) — Névrite multiple ou périphérique due à un empoisonnement chronique par l'arsenic, par M'Clure. (*Lancet*, 22 juin.) — Note sur quelques-uns des symptômes de l'intoxication arsenicale aiguë et chronique; sur les modes et la durée de l'élimination hors du corps humain de l'arsenic et de ses composés, par Brouardel et Pouchet. (*Bull. acad. de méd.*, 2 juillet.) — Empoisonnement par l'arsenic absorbé par la peau (blanchissure d'un tissu arsenical) par Reid. (*Australian med. Journ.*, 15 avril.) — Empoisonnement accidentel mortel par l'acide oxalique, par Neiss. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 218, avril.) — Empoisonnement par l'acide chlorhydrique chez un tuberculeux. Rétrécissement consécutif du pylore et gastrectasie. Opération de Mikulicz. Mort ultérieure par phtisie pulmonaire. Etat de l'estomac à l'autopsie (disparition de la dilatation depuis la pylorectomie, par G. Klemperer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 145, 18 février.) — Intoxication mortelle par le sublimé, par Legrand. (*Ann. de gyn.*, juin.) — Avortement gémellaire, hydrargyrisme aigu, par H. Legrand. (*Soc. anat.*, p. 321.) — De l'empoisonnement par le sublimé, par Kauffmann. (*Breslau*, 1888, et *Centralbl. f. kl. Med.*, n° 27.) — Danger du chauffage des voitures publiques par le charbon, par Ducor. (*Journ. de méd. Paris*, 15 mars.) — Deux cas d'anémie par l'oxyde de carbone, par Briand. (*Annales d'hyg. publ.*, XXI, 356, avril.) — Intoxication grave par l'oxyde de carbone guérie par transfusion du sang, par Leyden. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 958, 19 nov. 1888.) — Contribution à l'étude de l'intoxication oxycarbonée, par G. Linossier. *Soc. biologie*, avril.) — Accidents d'intoxication survenus au 139e d'infanterie à Lyon, imputés à la consommation de pommes de terre de mauvaise qualité, par Cortial. (*Archiv. de méd. milit.*, juillet.) — Empoisonnement collectif par la viande d'une vache atteinte d'entérite, par Gaertner. (*Berl. klin. Woch.*, 1er oct. 1888.) — Fait remarquable d'empoisonnement par la viande de poisson, par von Sobbe (syncopes répétées), extrême rareté du pouls (14). (*Berlin. klin. Woch.*, p. 137, 18 février.) — Les empoisonnements par les viandes à Andelfingen et Kloten, par J.-J. Suter. (*Münich.*) Empoisonnement par le jambon et le caviar, par Pokrovsky. (*C. Rend. soc. méd. Tambow*, n° 3, 1888.)

Enfant. — De la mortalité des enfants du premier âge et des moyens de la combattre, par Liétard. (*Bull. méd. des Vosges*, avril.) — Prophylaxie des affections contagieuses de l'enfance, par Ost. (*Corr. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 78 et 83, 1er février.) — Résultats fournis par la pesée quotidienne des enfants, par Laure. (*Thèse de Paris*, 5 juin.) — Hygiène infantile; impaludisme et allaitement, par Rouvier. (*Arch. de tocol.*, mai.) — Lait de vache pour la nourriture des enfants, par Brush. (*Americ. med. Assoc.*, 25 juin. — Du lait stérilisé et de son emploi dans l'alimentation des nouveau-nés, par Hochsinger. (*Wien. med. Presse*, n° 5, p. 173.) — Des accidents nerveux, et en particulier des convulsions, chez les enfants, par Dubrisay. (*Union médicale*, 6 avril.) — Essai sur l'étiologie et la pathogénie de l'hémorragie méningée chez les enfants, par Dumas de Ledignan. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 9.) — Tumeurs cérébrales, enfant de 12 ans, par

Courmont. (*Lyon méd.*, 4 août.) — Les paralysies cérébrales chez les enfants, par Bler. (In-8°, *Londres.*) — Noyau tuberculeux du cervelet, enfant de 2 ans, par Krauss. (*Buffalo med. Journ.*, mars.) — Deux formes de paralysie chez les enfants, par A. d'Espine (1° hémiplégie spasmodique; 2° tabes spasmodique). (*Revue médic. Suisse romande*, IX, p. 129, mars.) — Le traitement des fièvres chez les enfants, par J. Larrabee. (*Journ. of amer. Assoc.*, 26 janv., p. 109.) — Sur l'apnée physiologique des nouveau-nés, par L. Rossi. (*La Riforma medica*, 17 juillet.) — Toux réflexe et convulsions dues à des adhérences préputiales, par Langhorne. (*Lancet*, 27 avril.) — De l'asthme chez les enfants, par Grancher. (*Gaz. méd., Paris*, 20 avril.) — Des lésions costales liées à la pleurésie purulente chez l'enfant, par Bauby. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Traitement de la pleurésie purulente chez les enfants, par Romme. (*Tribune méd.*, 25 juillet.) — Quelques particularités relatives à l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux chez les jeunes enfants, par Hochsinger. (*All. Wiener med. Ztg*, nos 40 et 41, 1888.) — De l'insuffisance de l'artère pulmonaire, par Dupré. (*Rev. mens. mal. de l'enfance*, avril.) — De l'athrepsie et de son traitement, par Dupré. (In-8°, *Reims*.) — Lavage de l'estomac chez les nouveau-nés, par Faucher. (*Journ. de méd., Paris*, 15 février.) — De l'acétonurie et de la diaceturie chez l'enfant, par Schrack. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIX, 3 et 4.) — Des gourmes infantiles et de leur étiologie, par Séjournet. (*Rev. mens. mal. de l'enfance*, mars.) — Scléréme des nouveau-nés, onctions mercurielles ; guérison, par Money. (*Lancet*, 16 mars.) — Sclérème et œdème des nouveau-nés, par Stephen Mackenzie. (*Clin. Soc. of London*, 24 mai.) — Deux cas d'œdème névropathique chez des enfants, par Widowitz. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIX, 3 et 4.) — Irritation génitale chez les enfants, par Davidson. (*Practitioner*, mai.) — Des tumeurs malignes du rein chez un enfant, par Dumont. (*Thèse de Paris*, 4 juillet.) — Fissure sternale et ventrale chez un nouveau-né, par Swiecicki. (*Centr. für Gyn.*, 20 juillet.) — Des fistules anales chez l'enfant, par Vigne. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les enfants, traitement par l'extension et la supination combinées à la flexion, par Lartet. (*Thèse de Paris*, 22 mai.)

Epilepsie. — De l'influence des maladies infectieuses sur le développement de l'épilepsie, par Veysset. (*Thèse de Paris*, 6 juin.) — Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécilité, par Bourneville et Courbarieu (*Progrès médical*, 8 juin.) — Valeur de l'influence de la consanguinité sur la production de l'idiotie et de l'epilepsie, par Gottschalk. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Expérience sur l'épilepsie par irritation de la dure-mère crânienne, par E. Dupuy. (*Soc. Biologie*, 11 mai.) — Circonférence thoracique et capacité vitale chez les épileptiques, par Ch. Féré et Perruchet. (*Soc. Biologie*, 18 mai.) — Sur la contraction idio-musculaire chez les épileptiques, par Féré et Lamy. (*Arch.de phys.*, n° 3.) — L'épilepsie vasomotrice, par Venturi. (*Arch. di psichiat.*, X, 1.) — De l'épilepsie procursive, par Mairet. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme, par Andrée et Knoblauch. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 204, 11 mars.) — Epilepsie, hystérie et morphinomanie, par Charcot. (*Semaine méd.*, 3 juillet.) — Epilepsie idiopatique. Bromure de nickel, par Bourneville. (*Progrès médical*, 15 juin.) — Emploi du borax dans le traitement de l'épilepsie, par G. Hill. (*Med. News*, 11 mai.) — Trois cas d'épilepsie de cause périphérique guéris par la castration dans deux cas, l'extirpation d'un corps étranger du nez dans le troisième, par Guy Hinsdale. (*Amer. journ. of med. Sc.*, p. 587, juin.) — Traitement de l'épilepsie par l'application répetée de pointes de feu sur le cuir chevelu, par Féré. (*Soc. méd.*

des hôpitaux, 28 juin.) — Épilepsie essentielle guérie par la trépanation, par Beudandi et Bosche. (*Gaz. d. Ospit.*, 10 avril.)

Epithélium. — Sur les phénomènes de la scission nucléaire indirecte dans les épithéliums de revêtement, par Barbacci. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Des transformations épithéliales physiologiques et pathologiques, par Moreau. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.)

Erysipèle. — De l'identité de l'érysipèle et de la lymphangite au point de vue bactériologique, par Gars. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Œdème chronique des paupières consécutif à des érysipèles faciaux à répétition d'origine pharyngée, par Lavrand. (*Rev. de laryngol.*, 1er juillet.) — Le lymphérysipèle de la femme enceinte est-il transmissible au fœtus, par Verneuil. (*Union médicale*, 20 juillet.) — Erysipele de la face à répétitions, par H. Mollière. (*Lyon méd.*, 30 juin.) — Erysipèle et circoncision, par Klein. (*Union médicale*, 25 juin.) — Traitement de l'érysipèle par l'ichthyol, par Brunn. (*Therap. Monats.*, mai.) — Traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée 20 cas, par Tison. (*Soc. de méd. pratique*, 4 juillet.)

Erythème. — De l'ulérythème sykosiforme, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, 3.) — De l'ulérythème, par Tommasoli. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 2.) — Des vergetures ou macules atrophiques consécutives aux éruptions papuleuses syphilitiques et non syphilitiques. Ob. d'érythème polymorphe dissociant, par Balzer et Reblaub. (*Ann. de dermat.*, X, n° 7.) — Exantheme par le sulfonal, par Engelmann. (*Münch. med. Woch.*, n° 42, 1888.) — Troubles nerveux et éruption morbilliforme à la suite de l'empoi du sulfonal à haute dose, par Schotten. (*Therapeutische Monatshefte*, déc. 1888.) — Exanthème provoqué par l'usage du sulfonal, par Engelmann. (*Münchener med. Woch.*, 1888, n° 42, p. 709.) — Des éruptions chloraliques, par Aviraguet. (*Bull. méd.*, 10 juillet.) — Eruptions iodoformiques, par Meunier. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.)

Estomac — Dualité des éléments des glandes gastriques, par Montané. (*Soc. Biologie*, 23 mars et 20 avril.) — Des mouvements de l'estomac chez l'homme, par Dameuve. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Sur les réactions propres à établir la présence de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, par Giacosa. (*Annali di chim. e farmac.*, n° 1.) — De l'influence des chlorures sur la composition du suc gastrique, par Girard. (*Arch. de phys*, n° 3.) — Recherches sur la sécrétion du suc gastrique actif, par Gibert. (*Ibid.*, n° 3, juillet.) — La nature de l'acide du suc gastrique, par Richet. (*Semaine méd*, 17 juillet.) — Sur les réactions employées pour établir la présence de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, par Sansoni et Molinari. (*Giorn. R. Accad. di Medic. Torino*, nos 4-5.) — Doit-on préférer pour l'examen de la digestion stomacale le déjeuner ou au contraire le dîner-déjeuner, par Chr. Jurgensen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 441, 20 mai.) — Sur la digestion gastrique dans le cours des maladies chroniques des voies respiratoires, par Chelmonski. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Sur l'endo-auscultation de l'estomac par C. Giorgeri. (*Gazetta degli ospitali.* nos 25-26.) — Du fonctionnement de l'estomac chez les phtisiques, par Immermann. (8e *Congrès de médec. interne, Wiesbaden.*) — De la dilatation de l'estomac et de son traitement, par Klemperer (*Berlin. klin. Woch.*, p. 433, 13 mai.) — Des crises gastriques essentielles, par Remond. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — Dyspepsie tenace, vomissements de nombreux noyaux de cerises ; guérison, par Daudé. (*Montpellier méd.*, t. X, n° 10.) — Mouvements et spasmes reflexes d'origine gastro-intestinale, par Ballet. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 mai.) — Note sur un cas de con-

tracture mortelle d'origine gastrique, par de Beurmann. (*Ibid.*, 22 mars.) — Du catarrhe chronique de l'estomac et de son traitement par les eaux minérales, par Ewald. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 241, 18 mars.) — De l'atrophie de la muqueuse stomacale chez l'enfant, par A. Baginsky. (*Ibid.*, p. 192, 4 mars.) — De la soi-disant atrophie de l'estomac, par Meyer. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 3 et 4.) — L'ulcère de l'estomac d'origine traumatique, par Vanni. (*Sperimentale*, juillet.) — Ulcère de l'estomac, par Cornil. (*Soc. Anat.*, p. 177.) — Forme perforante de l'ulcère simple de l'estomac, par Archangouni. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Diagnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac, par William Ord. (*Amer. journ. of med. sc.*, juin, p. 549.) — Induration fibroïde de l'estomac, des intestins du péritoine et des viscères pelviens, par Holland. (*Brit. gyn. Soc.*, 10 avril.) — Cancer du pylore chez un syphilitique atteint d'ataxie locomotrice; disparition temporaire de la tumeur ; mort par perforation, par Patschkowski. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 424, 13 mai.) — Cancer du cardia avec noyau secondaire dans le foie ; gastrostomie ; mort, par Ewald. (*Ibid.*, 15 avril.) — Cancer de l'estomac, par Tison. (*Soc. anat.*, p. 247.) — Cancer latent du pylore ; tuberculose intestinale, par Caryophylis. (*Ibid.*, p. 203.) — Rupture de l'estomac de cause indirecte (chute sur les ischions), par P. Thiéry. (*Ibid.*, p. 352.) — Traitement chirurgical des rétrécissements du pylore, par Lauenstein. (8e *Congrès médecine internat. à Wiesbaden. Berlin. klin. Woch.*, p. 433, 13 mai.) — Diagnostic et indications des opérations de rétrécissement pylorique, par Angerer. (18e *Congrès chir. allem. Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Fistule stomacale, par Fischer. (18e *Congrès chir. allem.*, avril.) — Pièces anatomopathologiques d'un rétrécissement du pylore opéré suivant la méthode de Heincke. Mort par phtisie 4 mois plus tard, par E. Kœhler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 195, 4 mars.)

F

Face. — Un cas de fente oblique de la face, par Johannes Dreier. (*Arch. f. klin. Chir.* XXXVIII, heft. 2, p. 269.) — Cholestéatome du front, par Weinlechner. (*Soc. des méd. de Vienne*, 8 fév.) — Des rapports de l'hémiatrophie faciale progressive avec le trijumeau, par Ruhemann. (*Centralb. für klin. Med.*, 5 janv.) — De l'hémiatrophie faciale progressive, par Mendel. (*Neurolog. Centralb.*, n° 14, 1888.)

Fèces. — De la désinfection des matières fécales au moyen de lait de chaux, par Richard et Chantemesse. (*Arch. de méd. milit.*, août.)

Ferment. — Sur les zymases ou ferments solubles, par Axenfeld. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Sur la conservation des levures, par E. Duclaux. (*Annales Institut Pasteur*, 25 juillet.) — Recherches sur la valeur comparée des nitrates et des sels ammoniacaux comme aliment de la levure de bière et de quelques autres plantes, par E. Laurent. (*Ibid.*, 25 juillet.)

Fièvre. — Des agents pyrétogènes, revue. (*Bull. méd.*, 9 juin.) — La doctrine de la fièvre produite par les centres thermiques céphaliques; étude sur l'action des antipyrétiques, par U. Mosso. (*Giornale della R. Accad. di Medic. Torino*, nos 2, 3, 4, 5.) — Fièvre glandulaire, par Pfeiffer. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIX, 3 et 4.) — Etude de la fièvre de Magdalena, par Esguerra. (*Thèse de Paris.*, 13 juin.) — Boskhr, fièvre indienne, par Alice Condict. (*Buffalo med. Journ.*, juin.)

Fièvre jaune. — Jaune (fièvre), par E. Rochefort. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XVI.)—De la fièvre jaune, par John C. Peters (*Internat. journ. of surgery*, oct. 1888, n° 4, p. 199.) — Bicarbonate de soude et bichlorure d'hydrargyre dans le traitement de la fièvre jaune, par Sternberg. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.)

Fistule. — Fistule vésico-utéco-cervicale, par Engström. (*Finska läkar. handlingar*, XXXI, n° 5.) — Trois cas de fistule vésico-vaginale, par Gaffney. (*Boston med. journ.*, 28 mars, p. 309.) — Fistule vésico-vaginale, par Richelot. (*Union médicale*, 7 juillet.) — 163 cas de fistule vésico-utérine, etc., par Neugebauer. (*Arch. für Gyn.*, XXXIV, 3.) — Relation de 165 cas de fistule vésico-utérine, par Nevgebauer. (*Ibid.*, XXXV, 2.)

Foie. — Contribution à l'étude des relations entre la bile et le sucre du foie; la glycogénèse dans l'ictère, par Dastre et Arthus. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Sur la circulation du sang dans le foie, par Rattone et Mondino. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Sur les phénomènes psychiques de nature mélancolique liés aux troubles fonctionnels du foie, par Raphély. (*Thèse de Lyon*, n° 462.) — De l'insuffisance hépatique, par Lancereaux. (*Union médicale*, 2 juillet.) — Empreintes diaphragmatiques du foie, par Caryophyllis. (*Soc. anat.*, p. 203.) — De l'importance des conidies dans la pathologie du foie, par Podwyssozki. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 2.) — Le foie cardiaque, par Tapret. (*Union médicale*, 18 juillet.) — Des distomes du foie chez l'homme en Extrême-Orient, par S. M. Caraes. (*Thèse de Bordeaux*, 1887-88, n° 49.) — Du délire dans l'ictère, par Mallam. (*Illustrat. med. News*, mai, p. 149.) — Des bruits de souffle artériel hépatique, en particulier dans un cas de colique, par Gabbi. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 1.) — Ictère, par Bernheim. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XV.) — Nosographie de l'ictère fébrile essentiel, par Benech. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Des ictères infectieux bénins, par Chauffard. (*Semaine méd.*, 24 juillet.) — Du typhus hépatique bénin, ou maladie de Weill, par Rendu. (*Gaz. des hôp.*, 9 juillet.) — La maladie de Weill, par Chéron. (*Union médicale*, 30 mai.) — De l'hépatite parenchymateuse nodulaire, par Kiener. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 1888, n° 22.) — Un cas d'atrophie jaune aiguë du foie, par Barr. (*Med. News.*, 18 mai.) — Des états congestifs et subinflammatoires du foie chez les coloniaux, dans leurs rapports avee la pleurésie, par Derasse. (*Thèse de Bordeaux*, 28 juin.) Migration des abcès du foie dans la forme chronique de l'hépatite suppurée, par Debergue. (*Thèse Montpellier*, n° 34.) — Abcès multiples du foie consécutifs à une typhlite ulcéreuse, par A. Souques. (*Soc. anat.*, p. 429.) — De l'hépatite suppurée, de la cholélithiase par Geigel. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 3 et 4.) — Traitement des abcès du foie, par Omont. (*Normandie médic.*, 15 janv.) — Sur quatre abcès du foie traités par l'incision directe; remarques sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale et sur ses conditions, par Chauvel. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Cirrhose hypertrophique et lithiase biliaire, par Potain. (*Bull. méd.*, 7 juillet.) — Sur le traitement des cirrhoses, par Marini. (*Thèse de Paris.*, 27 juin.) — Deux cas d'ictère traités par les injections d'eau dans le rectum, par Wacquez. (*Journ. sc. méd. Lille.*, 17 mai.) — Cirrhose à marche rapide; adénome du foie; rupture de varices œsophagiennes, par Mosny. (*Soc. anat.*, p. 363.) Cirrhose alcoolique graisseuse atrophie du foie; varices œsophagiennes, par Glover. (*Soc. anat.*, p. 376.) — Cancer primitif du foie avec mégalosplénie chez un tuberculeux, par Tison et Dercoing. (*Soc. anat.*, p. 415.) — Un cas d'endothéliome du foie, par Mc Kee. (*Illust. med. News*, avril, p. 3.) — Sarcome mélanique du foie, par Moore. (*Pathol. soc. of London*, 19 mars.) — Kystes canaliculaires du foie, par Morax. (*Soc. anat.*, p. 267.) — Deux cas de rupture du foie, par Heath. (*Brit. med. Journ.*, 25 mai.)

Foudre. — Trois cas de lésions par la foudre, par HENNESSY. (*Brit. med. Journ.*, 8 juin.)

Fracture. — Sur les fractures des extrémités supérieures, par C. HEATH. (*Lancet*, 12 janv.) — Fracture épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus, par ED. MOORE. (*Buffalo med. and surg. Journal*, mars. p. 43.) — Fracture de l'humérus et luxation de l'épaule, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 18 juillet.) — Fracture ouverte de l'olécrâne traitée par l'ouverture, la désinfection du foyer et le massage, par DELAGÉNIÈRE. (*Progrès médical*, 20 avril.) — Des fractures de l'épitrochlée avec luxation du coude, par FALLIER. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Fracture compliquée du coude gauche (chez un homme de 60 ans). Résection irrégulière. Guérison, par ROUTIER. (*Bull. Soc. de chir.*, t. XV, n° 3, p. 192.) — Traitement des fractures du radius par l'extension élastique, par BARDENHEUER. (18e *Cong. Chir. allem.*, avril.) — Déformation de l'avant-bras droit consécutive à une fracture des deux os, par KIRMISSON. (*Union médicale*, 18 avril.) — Fracture de l'arcade zygomatique ; fracture des métacarpiens et métatarsiens, par LEGROS CLARK. (*St-Thomas's Hosp. Reports*, XVII, p. 3.) — Une cause peu commune de fracture des phalanges, par BRULON. (*Normandie médic.*, 15 mai.) — Des fractures de l'aile du bassin, par LE BOT (*Thèse de Bordeaux*, 2 avril.) — Fracture du condyle externe du fémur, par REHN. (18e *Cong. chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Fracture du fémur irréductible; suture osseuse, par DUMÉNIL. (*Normandie médic.*, 1er juillet.) — Fracture comminutive de la rotule; suture des fragments ; ancienne syphilis, par TURNER. (*Lancet*, 23 fév.) — Fracture transverse de la rotule, réunion des os sans ouvrir la jointure, par MAYO ROBSON. (*Clin. Soc. of London*, 24 mai.) — Fracture itérative de la rotule. Suture de la rotule. Guérison, par KIRMISSON. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 78.) — Fracture de la rotule traitée par l'application de la griffe de Duplay, par CHAPUT. (*Ibid.*, t. XV, p. 63.) — Fracture de jambe. Consolidation vicieuse. Action intentée par le blessé contre son médecin. Réflexions, par JAUMES. (*Montpellier méd.*, nos 4, 6, 7, 9.) — Fracture comminutive du tibia, avec plaie de la jambe et fracture du péroné; réunion par suture du tibia, après résection d'une partie du péroné, par BATTLE. (*Clin. Soc. of London*, 24 mai.) — Sur un cas de fracture comminutive de l'astragale avec luxation par rotation et renversement, accompagnées de fracture de la malléole interne, par LESPINASSE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 avril.) — Note sur les propriétés résolutives de l'eau chaude appliquée au traitement des fractures péri-articulaires, par DARDE. (*Bullet. Soc. de chir.*, XV, n° 3, p. 199.) — Deux cas de fractures consolidées dans une position vicieuse, traitées par l'ostéotomie linéaire et la résection, par E. DE PAOLI. (*Atti e Rendiconti della Accad. med. chirug. di Perugia*, fasc. 1.)

Furoncle. Sur les affections furonculeuses et leur traitement, par DULOUT. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)

G

Gangrène. — Un cas de gangrène gazeuse diffuse, étude bactériologique, par SLATER. (*Lancet*, 20 juillet.) — Gangrène sèche, dissection des artères des membres inférieurs, par KIRMISSON. (*Soc. anat.*, p. 196.) — Gangrène du pouce à la suite d'un bain phéniqué, par CH. MONOD. (*Bullet. Soc. de chir.*, XV, n° 5, p. 394.) — Des formes atténuées de la maladie de Raynaud, par DOMINGUET. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — De la gangrène symétrique, par

BRAMANN. (18e *Cong. chir. allem.*, *Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Maladie de Raynaud consécutive à une manie aiguë, par BLAND. (*Brit. med. Journ.*, 1er juin.) — Un cas de guérison d'asphyxie locale des extrémités, par MASSY. (*Journ. de méd. Bordeaux.*, 21 avril.) — Observation de maladie symétrique de Raynaud chez un sujet atteint de syphilis, par MORGAN. (*Lancet,* 6 juillet.)

Gaz. — Influence des purgatifs salins sur les échanges gazeux (augmentation), par A. LŒWY. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 240, 18 mars.)

Gelure. — Gelure, suivie de gangrène nécessitant l'amputation des deux cuisses, par HOLDEN. (*Lancet,* 20 avril.)

Génitaux (Org.). — Tumeurs malignes des ganglions inguinaux secondaires à l'épithélioma du pénis, par TAYLOR. (*Journ. of cutan. dis.*, juillet.) — Un cas de ganglion pénien suivi de traumatisme des corps caverneux, (induration plastique), par RONA. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VIII, 409) — Quelques complications de la balano-posthite simple, par MANNINO. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 2.) — Vulve : Anatomie, par E. WERTHEIMER ; histologie et développement, par F. TOURNEUX et G. HERMANN ; pathologie par L. H. PETIT. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 5e série, t. III.) — Sur l'imperforation de l'hymen, par BARNETCHE. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) Etude sur les prolapsus génitaux, par DUPLAY et CHAPUT. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Sur une forme particulière de perversion du sens génital chez la femme, par LAKER. (*Arch. für Gyn.*, XXXIV, p. 2.) — Observations d'organes sexuels rudimentaires, femme, par FLOSHMANN. (*Deut. med. Woch.*, n° 4.) — Mélano-sarcome primitif de la vulve, par TAYLOR. (*Ann. de gynéc.*, juin.)

Géographie médicale. — Distribution géographique des maladies dans l'Inde orientale, par BIDIE. (*Brit. med. Journ.*, 20 juillet.) — Etudes chirurgicales en Afrique, opérations sur Nègres, Hottentots, etc., par DAUBLER. (*Arch. f. path. Anat.*, XV, p. 2.) — L'arrondissement de Château-Gontier, sa topographie médicale, son hygiène, ses épidémies, par FRENLON. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.)

Glande. — Etude des glandes vivantes à l'état de repos et après excitation des nerfs sécréteurs, par DROSIT. (*Arch. f. Anat. et Phys.; phys. Abth.*, p. 96.) — Origine épithéliale de quelques glandes vasculaires sanguines, par PILLIET. (*Tribune médic.*, 6 juin.) — Des épithélioma des glandes sébacées, par FEUARDENT. (*Thèse de Paris,* 26 juillet.)

Glycosurie. — La glycogène et la glycogénie, par CH. QUINQUAUD. (*Soc. Biologie*, 13 avril.) — De la glycosurie physiologique, par CH. QUINQUAUD. (*Ibid.*, 18 mai.)

Goût. — Paralysie du goût, périphérique, par DA COSTA. (*Med. News*, 11 mai.)

Goutte. — De la goutte, par WILH. EBSTEIN. (*Berlin. klin. Woch*, 29 avril.) — Nature et traitement de la goutte, par EBSTEIN et PFEIFFER. (8e *Congrès de médecine interne de Wiesbaden.*) — Présence de l'acide urique libre dans l'urine comme témoignage de l'existence d'un état goutteux, par SCHETELIG. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 28 mai.) — Sur un signe différentiel de la goutte et de l'arthrite rhumatismale, par WYNNE. (*Lancet*, 11 mai.) — Traitement de la diathèse goutteuse, par SOLIS-COHEN. (*Med. News,* 18 mai.) — Comment on doit traiter l'attaque de goutte aiguë chez les goutteux-rénaux, par LIÉGEOIS. (*Rev. gén. de clin.*, 15 août.)

Graisse. — Formation, fixation et disparition de la graisse du corps, par EMMANUEL MUNK. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 177, 4 mars.)

Graphophone. — De l'emploi du graphophone en médecine, par RICHARDSON. (*Lancet*, 23 mars.)

Greffe. — Plaie de la jambe, expulsion de corps étrangers deux mois après la blessure, greffes avec la peau de poulet, par LOUPIAT. (*Concours méd.*, 27 juillet.) — Greffe de peau humaine et de peau de grenouille, par G. FOWLER. (*Annals of surgery*, mars.) — Greffes de peau de grenouille dans les ulcères chroniques, par NESTEROVSKY. (*Russkaïa med.*, n° 41, 1888.) — Transplantation de greffes par la méthode de Wolfe, par ESMARCH. (*Lancet*, 8 juin.) — Sur un nouveau mode de traitement applicable à la guérison des difformités par cicatrices, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 12 juin.) — Sur les greffes de Thiersch, par NAGEL, HUBSCHER. (*Beiträge zur klin. Chir. Bruns.*, IV, p. 2.) — Des greffes cutanés et de leur emploi dans le traitement des ulcères trophiques, par THIERRY. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Greffe cutanée à l'aide de grands lambeaux épidermiques pour un ulcère de jambe, par MONOD. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 63.)

Grippe. — Du tanin dans le traitement de la grippe, par ALISON. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Grossesse. — Observation d'un enfant né vers la vingt-huitième ou vingt-neuvième semaine de la grossesse dans un état de complet développement, par GILBERT. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVI, 1.) — Kyste fœtal ayant évolué jusqu'à terme et retenu pendant quatorze mois, par P. MANTEL. (*Soc. Anat.*, p. 291.) — Peptonurie pendant la grossesse, par W. FISCHEL. (*Centr. für Gyn.*, 6 juillet 1889.) — Hématurie dans la grossesse, par HIRST. (*Med. News*, 4 mai.) — Influence heureuse de la grossesse chez quelques malades, par FALLEN. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Un cas de parésie vaso-motrice chez une femme enceinte, par GIORGIERI. (*Ann. di ostet.*, *fasc.* II, 1888.) — Grossesse gémellaire, présentation des deux fœtus par le siège ; hydramnios et insertion vélamenteuse dans l'une des poches, par MONTANELLI. (*Ann. di ost. e gin.*, mars.) — Des grossesses gémellaires, par CORNET. (*Thèse de Paris*, 13 juin.) — Sur un cas de grossesse quadri-gémellaire, par TARNIER. (*Bull. Acad. méd.*, 30 juillet.) — Leçon sur la grossesse extra-utérine, par M. DUNCAN. (*Lancet*, 13 juillet.) — Le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine, par REEVE (*Amer. journ. of med.*, 4 juillet.) — De la grossesse extra-utérine, par BORSONY. (*Orvosi Hetilap*, n° 50, 1888.) — Pathologie de la grossesse ectopique et de l'hématocèle pelvienne, par WATHEN. (*Americ. med. Assoc.*, 26 juin.) — Observation de grossesse extra-utérine, par HERMAN. (*Lancet*, 13 juillet.) — Grossesse tubaire, par TH. C. SMITH. (*Amer. journ. of obst.*, mars.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison, par W. J. CHENOWETH. (*Amer. journ. of obst.*, février.) — Grossesse extra-utérine, albuminurie, opération, par TAYLOR. (*Brit. med. Journ.*, p. 12117, déc. 1888.) — Le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine, par STRAHAN. (in-8°, *Philadelphie.*) — Grossesse extra-utérine. Ablation totale. Guérison, par QUENU. (*Bullet. Soc. de chir.*, XV, n° 4, p. 318.) — Traitement opératoire de la grossesse extra-utérine, par SPATCH. (*Zeit. f. Geburts.*, XVI, 2.) —

Gynécologie. — Traité de petite chirurgie, par MUNDÉ, traduction de LAUWERS. (in-8° *Bruxelles.*) — Manuel de gynécologie opératoire, par HOSMEIER, traduction de LAUWERS. (in-8°, *Paris.*)

H

Helminthe. — Notices helminthologiques, par Sperino. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — La Spiroptera alta, nouveau nématode *Rhea Americana*, par Zschokke. (*Cent. f. Bakter.*, V, n° 24.) — Développement embryonnaire des cestodes, par Braun. (*Cent. f. Bakter.*, V, n° 20.) — Contribution à l'étude de la filaire de Médine, par Viaucin. (*Thèse Montpellier*, n° 38.)

Hématome. — Hématome suppuré de la cuisse, par Després. (*Gaz. des hôp.*, 6 août.) — Un cas d'hématocèle anté-utérine; laparotomie, guérison, par F. Berlin. (*Amer. journ. of obst.*, mai.) — Hématocèle intra-péritonéale, par Playfair. (*Trans. of the obst. Soc.*, XXXI, 2.)

Hémoglobinurie. — L'hémoglobinurie paroxystique, par Cimbali. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 2.) — Nouvelle contribution à l'étude de l'hémoglobinurie paroxystique, par Hayem. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 mars.) — De l'hémoglobinurie, par Delabrosse. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.)

Hémorragie. — Etude anatomo-pathologique sur les hémoptysies terminales chez les phtisiques, par André. (*Gaz. méd. chir. Toulouse*, 10 mars 1888.) — Hémorragie grave après le premier coït, par Ascher. (*Prager med. Woch.*, n° 3.) — Hémorragie ombilicale chez les enfants, par Dakin. (*Lancet*, 30 mars.) — Hémorragie ombilicale survenue peu de temps après la naissance, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, juin.) — Hémorragies consécutives aux chutes sur le périnée, par L. de Michaux. (*Thèse de Montpellier*, n° 19.) — Statistique des hémorragies secondaires après amputation, par John Poland. (*Guy's hosp. Rep.*, XLV, p. 163.) — Procédé d'hémostase, par Muscroft. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 19 janvier.) — Des injections hypodermiques de caféine dans le traitement de la métrorragie puerpérale, par Misrachi. (*Rev. gén. de clin.*, 25 juillet.) — Du traitement des hémorragies par la révulsion et la dérivation, par Liégeois. (*Bull. méd. des Vosges*, avril.) — Des inhalations d'air refroidi comme moyen hémostatique dans les hémoptysies, par P. de Tullio. (*La Riforma medica*, 8 mai.) — Traitement des hémorragies suites de plaies de la paume de la main, par R. B. Mac Call. (*Intern. journ. of surgery*, p. 58, janvier.)

Hémorroïdes. — Les quadrupèdes sont-ils exposés aux hémorroïdes? par Bodenhamer. (*N. York med. journ.*, p. 39, 12 janvier.)

Hérédité. — Étude sur l'hérédité, par Lithgow. (In-8°, *Londres*.)

Hernie. — Pathogénie des hernies, par W. Roser. (*Marbourg.*) — Cause rare d'irréductibilité herniaire, par Decressac. (*Bull. méd.*, 30 juin.) — Quelques complications de la hernie étranglée, par Wright. (*Lancet*, 30 mars.) — Hernie étranglée, par Martinet. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 2, p. 151.) — De la hernie lombaire, par Hutchinson. (*Brit. med. journ.*, 13 juillet.) — Observation de hernie lombaire étranglée, par Hume. (*Ibid.*) — Hernie étranglée, anus contre nature, par Rochard; étude des lésions histologiques, par Cornil et Tchistowitch. (*Soc. anat.*, p. 215.) — Hernie parainguinale étranglée, par A. Chipaul. (*Soc. anat.*, p. 67.) — Hernie inguinale directe et oblique du même côté, par Rutherfurd. (*Lancet*, 23 février.) — 4 nouveaux cas de hernie inguinale superficielle, par Kuester. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 195, 4 mars.) — Hernies inguinales énormes et irréductibles. Double cure radicale, par Cerné. (*Normandie médic.*, 1er juin.) — Hernie inguinale traumatique guérie par un simple bandage. Observation

faite sur sa personne, par Lanz. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 11, p. 343, 1er juin.) — Traitement de la hernie inguinale avec cure radicale, par Mac Burney. (*N. York Acad. of med.*, 21 février.) — 2 cas de hernie ventrale; cure radicale, par Neve. (*Brit. med. journ.*, 8 juin.) — La cure radicale de la hernie inguinale, par Ch. Mac Burney. (*N. York med. Record*, p. 312, 23 mars.) — Réduction d'une hernie fémorale étranglée par les pulvérisations d'éther, par Tims. (*Lancet*, 27 avril.) — Hernie crurale bilobée, irréductible, chez une femme de 80 ans. Opération radicale : résection de 80 grammes d'épiploon, excision du sac et d'un lipome sous-péritonéal. Guérison, par E. Kummer. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 319, mai.) — Néoplasmes herniaires et péri-herniaires, par Lejars. (*Gaz. des hôp.*, 3 août.) — Hernie fémorale, appendice vermiforme perforé dans le sac, excision du sac et de l'appendice. Guérison, par Annandale. (*Lancet*, 30 mars.) — Hernies rétro-péritonéales, par Hartmann. (*Soc. anat.*, p. 95.) — Hernie vagino-péritonéale étranglée, ectopie testiculaire, cure radicale, par Le Bec. (*Gaz. des hôpit.*, 5 juin.) — Kélotomie dans une hernie péritonéo-vaginale droite étranglée, résection du sac, cure radicale, par Villedary. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Traitement chirurgical de la hernie gangrenée, par Richardson. (*Americ. surg. Assoc.*, 14 mai.) — De la herniotomie chez le nouveau-né et de l'atrophie testiculaire consécutive, par Folet. (*Bull. méd.*, 5 juin.) — Sur l'étranglement herniaire par pincement latéral de l'intestin, par Adam de Beaumais. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Comparaison des diverses méthodes employées pour la cure radicale des hernies, par Martin. (*Americ. surg. Assoc.*, 14 mai.)

Herpès. — De la maladie de Duhring et d'une forme nouvelle, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, 3.)

Histologie. — Histologie pathologique, par Oskar Israel. (*Berlin.*) — Nouveau système d'objectifs et nouveau pied porte-loupe et porte-microscope, par Malassez. (*Soc. biologie*, 4 mai.) — Une modification à la méthode de Weigert pour la coloration des centres nerveux, par Vassale. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 1.)

Hôpital. — Du classement des établissements hospitaliers, par G. Drouineau. (*Paris.*) — Histoire de l'hôpital de Bicêtre, 1250-1791, par Richard. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Hôpitaux, par Bonjean. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XIV.) — Le service du prompt secours, théories hospitalières, par Gallet. (In-8°, *Paris.*) — Les plans et dispositions de l'hôpital John Ropkins, par Billings. (*Med. News.*, 11 mai.) — Etude comparative des plans généraux des hôpitaux, par C. Tollet. (*Revue d'hyg.*, XI, 216, mars.) — Le pavillon d'hôpital temporaire de l'Union des femmes de France, par S. Périssé. (*Ibid.*, XI, 417, mai.) — De l'isolement et de la désinfection dans les hôpitaux d'enfants, par E. Vallin. (*Ibid.*, mars.) — Isolement et antisepsie à l'hôpital des Enfants-Malades, par J. Grancher. (*Ibid.*, XI, 204, mars.)

Hydatides. — Kyste hydatique de l'orbite, par Valude. (*Soc. d'ophtalm.*, 2 juillet.) — Un cas d'échinocoque épibulbaire, par Weeks. (*Arch. of ophth.*, mars.) — Kyste hydatique de la paroi antérieure du ventricule gauche, par Martin Durr. (*Soc. anat.*, p. 131.) — Kyste hydatique du corps thyroïde guéri par la ponction, par Siry. (*Journ. de méd. Paris*, 15 juillet.) — Kyste hydatique du poumon, par Soupault. (*Soc. anat.*, p. 273.) — Des kystes hydatiques du poumon, par Lorieux. (*Thèse de Bordeaux*, 17 mai.) — Des kystes hydatiques du poumon et de leur traitement, par Casabianca. (*Thèse de Paris*, 26 juin.) — Vaste caverne pulmonaire à parois gangreneuses, signes de pyopneumothorax, causée par un kyste hydatique

suppuré, par SOUPAULT. (*Bull. Soc. anat.*, avril, p. 273.) — Kystes hydatiques multiples du foie et de l'abdomen. Cancer de l'estomac et de l'utérus, par P. THIÉRY. (*Soc. anat.*, p. 317.) — 4 cas d'hydatides du foie, par MORRIS. (*Lancet*, 9 mars.) — Du traitement des kystes hydatiques non suppurés du foie par la ponction simple, par SPILLMANN. (*Bull. méd.*, 19 mai.) — Trois observations de laparotomie faite pour des kystes hydatiques du foie, par TÉDENAT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 16.) — Kyste hydatique de la face convexe du foie. Incision. Résection des parois. Guérison, par LECESNE. (*Normandie médic.*, 15 avril.) — Des kystes hydatiques de la rate, par LAINE. (*Thèse de Paris*, 4 juillet.)

Hygiène. — L'hygiène prophylactique, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Paris.*) — Guide pour les recherches hygiéniques, par RUDOLF EMMERICH et HEINRICH TRILLICH. (*Munich.*) — Le secret professionnel au point de vue de l'hygiène, par TH. BELVAL. (*Le mouvement hygiénique*, V, 177, mai.) — Du rôle et de l'importance des statistiques sur le développement et le perfectionnement de l'hygiène sociale, par HENROT. (*Acad. de méd.*, 4 juin.) — Etude pratique sur l'état actuel de la prophylaxie sanitaire internationale, par VIGNARD. (*Rev. d'hyg.*, X, p. 1038.) — De la contagion à l'hôpital cantonal de Genève, par REVILLIOD. (*Rev. méd. Suisse rom.*, VIII, p. 413.) — Villes, par J. ARNOULD. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 5e série, t. III.) — Saintes et son arrondissement. Essai de géographie médicale, d'hygiène et d'épidémiologie, par J.-L.-A. VIAUD. (*Thèse de Bordeaux*, nº 24.) — Les conditions sanitaires du cercle de Beckum (Westphalie), par W. SCHMITZ. (*Viertelj. f. geritchtl. Med.*, L, 315, avril.) — Préoccupations municipales pour l'hygiène et la santé publiques à Rouen, résumé historique de 1839 à 1870, par PANEL. (In-8º, 84 p., *Rouen.*) — Essai sur l'assainissement de la ville, les odeurs du Havre, par LEGRAS. (In-8º, 109 p., *le Havre.*) — L'hygiène moderne et la suppression des maladies contagieuses, par GALLOIS. (*Rev. scientif.*, 6 juillet.) — La santé par l'exercice et les agents physiques, par MONIN. (In-18, *Paris.*) — Le surmenage intellectuel et les exercices physiques, par RIANT. (In-16, *Paris.*) — Les intoxications volontaires, par ROCHARD. (*Rev. scientif.*, 22 juin.) — Le pèlerinage musulman du Hedjar en 1887-88, par MAHÉ. (*Revue d'hyg.*, XI, 320, avril.) — Organisation de la police sanitaire des sages-femmes dans le canton de Vaud, par DIND. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, nº 7, p. 219, avril.) — La surveillance sanitaire des vacheries à Bâle, par SIEGMUND. (*Ibid.*, p. 82, 1er février.) — A propos des vacheries hygiéniques, par TISSIER. (*Bull. méd. des Vosges*, avril.) — Falsifications des pâtes alimentaires, par FRANÇOIS COREIL. (*Annales d'hyg. publ.*, 97, février.) — Régime alimentaire dans les écoles normales primaires. Rapport de I. STRAUS et arrêté ministériel. (*Ibid*, 231, mars.) — Rapport au Comité consultatif d'hygiène publique de France. Sur l'emploi de l'acide benzoïque pour la conservation des substances alimentaires et des boissons, notamment de la bière, par GABRIEL POUCHET. (*Ibid.*, XXI, 413, mai.) — De l'insalubrité des cuisines de restaurants, par HUDELO et NAPIAS. (*Rev. d'hyg.*, X, p. 688.) — La morue rouge, par BERTIER. (*Thèse de Lyon*, nº 466.) — Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées, par ALBERT FRIOT. (*Paris.*) — Instruction du Conseil de salubrité de la Seine, concernant le chauffage des habitations. (*Le mouvement hygiénique*, V, 280, juillet.) — Arrêté du roi des Belges, du 10 juillet 1889, concernant l'inspection des établissements dangereux, insalubres et incommodes. (*Ibid.*, V, 271, juillet.) — Les poêles mobiles et à combustion lente, par E. VALLIN. (*Revue d'hyg.*, XI, 385, mai.) — L'industrie du phosphore et des allumettes et la nécrose phosphorée, par P. CAZENEUVE. (*Annales d'hyg. publ.*, XXI, 892, avril.) — Rapport au Conseil de salubrité de la Seine sur l'hygiène

des ouvriers employés dans les fabriques d'allumettes chimiques, par P. Brouardel. (*Ibid.*, XXI, 193.) — Banc scolaire zuricois pour travaux d'aiguille, par W. Schulthess. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 109, 15 février.)

Hypnotisme. — L'hypnotisme, par A. Forel. (*Stuttgart.*) — Hypnotisme, par P. Richer et Gilles de la Tourette. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XV.) — Des indications de l'hypnotisme dans le traitement de l'hystérie, par Blocq. (*Bull. méd.*, 24 juillet.) — L'hypnotisme comme méthode de traitement, par Lumbroso. (*Sperimentale*, juin.) — Expériences thérapeutiques, par Moll. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 455.) — Du traitement par suggestions, par von Corval. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 241, 18 mars.) — Paralysie générale au début. Douleurs dentaires d'origine centrale guéries par l'application des miroirs rotatifs, par Luys. (*Soc. méd. des hôpit.*, 12 avril.) — Cystocèle vaginale. Opération faite dans le sommeil hypnotique, par Mesnet. (*Bull. Acad. de méd.*, 30 juillet.) — Dangers de l'hypnotisme et interdiction des représentations théâtrales, par Gilles de la Tourette, et vote de la Société de médecine légale réclamant la suppression des séances publiques d'hypnotisme. (*Annales d'hyg. publ.*, p. 162, février.) — Vomissements nerveux guéris par l'hypnotisme, par Colombi. (*Gaz. d. ospit.*, 31 mars.) — Deux observations de thérapeutique suggestive dans l'hystérie, par Ducloux. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nos 11 et 12.) — Un cas d'oligurie hystérique guérie par la suggestion hypnotique, par Rossolymo. (*Rev. gén. de clin.*, 18 juillet.)

Hystérie. — Leçons sur l'hystérie, la neurasthénie, l'anorexie nerveuse, par Duncan. (*Lancet*, 18 mai.) — Hystérie et onomatomanie, par Ballet. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 mai.) — Hystérie, par Grasset. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XV.) — L'hystérie à la consultation du Bureau central, étude statistique, par Marie. (*Progrès médical*, 27 juillet.) — La nutrition dans l'hystérie, par Gilles de la Tourette et Cathelineau. (*Progrès médical*, 4 et 10 mai.) — De l'anesthésie hystérique; des associations morbides en pathologie nerveuse, par d'Aurelles de Paladines. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Hystérie anesthésique, par Courmont. (*Lyon méd.*, p. 93, 19 mai.) — De l'hystérie infantile, par Duvoisin. (*Jarhb. f. Kinderh.*, XXIX, 3 et 4.) — Leçons sur l'hystéro-traumatisme, par Grasset. (*Montpellier médic.*, X, nos 11 et 12.) — Leçon sur un cas d'hystérie mâle avec astasie-abasie, par Grasset. (*Ibid.* mars-avril.) — De l'hystéro-traumatisme, par Rougier. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Epilepsie, hystérie majeure et morphinomanie combinées, par Charcot. (*Gaz. méd. Paris*, 20 juillet.) — Un cas de goitre hystérique, par Marconi. (*Raccoglitore med.*, n° 7.) — Hystérie avec phénomène ovarique chez l'homme, par Savill. (*Lancet*, 11 mai.) — Cas d'hystérie accompagnée de phénomènes léthargiques et de paralysie de la langue, guérie par l'électricité, par Blechmann. (*Journ. de méd. Paris*, 15 avril.) — Hystéro-épilepsie, hémichorée rythmique croisée périodique, pathogénie, par Courmont. (*Lyon médical*, 16 juin.) — Un cas de mutisme hystérique, par Stephen. (*Nederl. Tidj. v. Genees.*, 20 avril.) — Amblyopie hystérique, par Jeaffreson. (*Lancet*, 13 avril.) — Note sur le tremblement hystérique et ses variétés, par Rendu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 avril.) — Contracture hystérique du membre inférieur gauche chez un enfant de 13 ans. Guérison par la suggestion à l'état de veille, par P. Hausalter. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 8, p. 233.) — Coxalgie hystérique avec atrophie musculaire, par Ballet. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 juin.) — Du pseudo-mal hystérique de Pott, par Merlin. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

I

Ichthyose. — Ichthyose, par G. THIBIERGE. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XV.)

Idiotie. — Un cas d'idiotie avec cachexie pachydermique, par CAMUSET, suivi de notes et réflexions, par BOURNEVILLE. (*Arch. de neurol.*, janv.) — Idiotie, par E. CHAMBARD. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XV.)

Impétigo. — De l'étiologie de l'impétigo, par BOUSQUET. (*Thèse de Bordeaux*, 8 mai.)

Inanition. — L'excrétion de la créatine pendant le jeûne et sa formation dans l'organisme, par BALDI. (*Sperimentale*, mars.) — L'inanition chez les animaux, par RICHET. (*Rev. scientif.*, 25 mai et 8 juin.) — Action de la lumière sur la durée de la vie, la perte de poids, la température et la quantité de glycogène hépatique et musculaire chez les pigeons soumis au jeûne, par ADUCCO. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Sur le processus physiologique de néoformation cellulaire durant l'inanition aiguë de l'organisme, par MORPURGO. (*Arch. per le sc. med.*, XII, no 22.) — La spermatogénèse durant l'inanition, par GRANDIS. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.)

Infection. — L'origine, l'expansion et le déclin des maladies infectieuses, par ATKINSON. (*Edinburgh med. journ.*, août.) — Influence des modifications locales et générales du terrain sur le développement de l'infection, par CHARRIN. (*Soc. de biologie*, 30 mars.) — Transmissibilité des germes infectieux par les déjections des mouches, par ALESSI. (*Arch. per le scienze med.*, XII, fasc. 3, no 13.)

Inflammation. — Le problème de l'inflammation, par AUGIER. (*Journ. sc. méd. Lille*, 12 avril.) — L'inflammation au point de vue de la doctrine microbienne, par KIENER. (*Gaz. hebd. Montpellier*, no 16.)

Inhalation. — Indications des inhalations d'oxygène, par DUPONT. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mars.)

Injection. — La caféine en injections sous-cutanées dans tous les états adynamiques, par HUCHARD. (*Soc. de thérap.*, 22 mai.) — Les injections intra-pulmonaires et les solutions de naphtol, par E. ARUCH. (*La clinica veterinaria di Milano*, no 4.) — Des injections sous-cutanées d'eau salée dans le traitement de l'anémie, par MUNCHMEYER. (*Arch. für Gyn.*, XXXIV, 3.) — Collapsus par injection rectale (solution phéniquée), par DURAND. (*Buffalo med. journ.*, mars.) — Injections intra-utérines de sublimé, par L. JULLIEN. (*Thèse de Montpellier*, no 46.) — Les injections hypodermiques de mercure métallique, par DE LUCA. (*Riforma med.*, mai 1888.)

Insolation. — Insolation locale, par HUME. (*Lancet*, 20 avril.)

Intestin. — Moyen d'obtenir du suc intestinal chez l'homme, par B. TSCHLENOF. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 161, 15 mars.) — Sur l'anatomie topographique du duodénum, par JONNESCO. (*Progrès médical*, mars.) — Quelques remarques sur le développement et la torsion de l'intestin, par HARTMANN. (*Soc. Anat.*, p. 133.) — Torsion de l'intestin, par HARTMANN. (*Soc. Anat.*, p. 188.) — Note sur l'anatomie de l'S iliaque, par JONNESCO. (*Soc. Anat.*, p. 233.) — Intestin: anat., par E. WERTHEIMER ;

histologie et développement, par F. TOURNEUX et G. HERMANN; physiologie, par H.-G. ROGER; pathologie, par BLACHEZ. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XVI.) — Traitement de la constipation chronique par l'électricité, par HAMMOND. (*N. York med. Record*, 9 fév.) — De la colite muco-membraneuse, par BRUNON. (*Normandie médic.*, 1er août.) — Sur une petite épidémie de gastro-entérite cholériforme, par FERNET. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 mars.) — Traitement raisonné de la diarrhée de Cochinchine, par J.-L. MESTAYER. (*Thèse de Bordeaux*, n° 2.) — Un cas de pérityphlite, par MC ARDLE. (*Journ. of amer. assoc.*, 23 mars, p. 406.) — Diagnostic différentiel de la pérityphlite appendiculaire stercorale perforatrice, par CHARLES KRAFFT. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 117 et 222, avril.) — Valeur diagnostique de la distension artificielle de l'intestin au moyen de gaz, par OTTO DAMSCH. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 324, 15 avril.) — Sur un cas de distension de l'S iliaque, constatée à l'autopsie, par LESPINASSE. (*Jour. médic. Bordeaux*, 28 avril.) — Accidents à distance qui se produisent au cours de certaines affections du gros intestin, par HODEAU. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Fibromyxome du duodénum, dilatation énorme du duodénum et de l'estomac, par FOXWELL. (*Lancet*, 22 juin.) — Gangrène et perforation de l'appendice iléo-cæcal par une petite masse de matière fécale durcie. Péritonite consécutive, par MAURIN. (*Soc. anat.*, p. 203.) — Laparotomie et résection de l'appendice vermiculaire, par SCHULLER. (10e *Cong. chir. allem.*, avril.) — Ectopie du cæcum ; prolapsus de l'intestin grêle à travers la valvule iléo-cæcale, par BATTLE. (*Path. soc. of London*, 21 mai.) — Intussusception de l'intestin grêle, par LAKINS. (*Clin. soc. of London*, 10 mai.) — Cancer de l'S iliaque, par DARIER et BOURGET. (*Soc. anat.*, p. 409.) — Coup de pied de cheval dans la région du flanc droit. Rupture de l'uretère et du côlon ascendant. Suture de l'intestin ; néphrectomie, guérison, par CHAPUT. (*Bullet. soc. de chir.*, XV, n° 3, p. 202.) — Rupture de l'intestin par traumatisme, par BELL. (*Montreal med. chir. soc.*, 17 mai.) — Traitement des plaies par armes à feu de l'intestin grêle et du mésentère, par BRAMANN. (18e *Cong. chir. allem.*, avril.) — Ablation de l'appendice vermiculaire gangrené, contenant une concrétion fécale; laparotomie secondaire pour péritonite suppurée ; guérison, par DUCKWORTH et LANGTON. (*Royal med. and chir. soc.*, 11 juin.) — Un cas de gastro-entérostomie, par PAGE. (*Royal med. and chir. soc.*, 14 mai.)

Iris. — Iris, par J. CHAUVEL et H. NIMIER. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XVI.) — Physiologie et pathologie de la glande des procès ciliaires, par NICATI. (*Soc. biologie*, 11 mai.) — Iritis monoculaire suppurée, par ROCKLIFFE. (*Opht. soc. of unit. Kingdom*, 5 juillet.) — 3 cas de blessure de l'iris, par PIERRE GRIMAUD (dont 2 déchirures par coup de corne). (*Rev. médic. Suisse romande.*, IX, 218, avril.) — Ruptures isolées de l'iris et de la choroïde par ricochet d'une balle, par CLARK. (*Arch. of ophtalm.*, mars.)

K

Kyste. — Kystes, par E. KIRMISSON. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XVI.) — Kystes dermoïdes de la queue du sourcil, par LE LAN. (*Thèse de Montpellier*, n° 32.) — Kyste dermoïde de la joue droite développé au niveau de la fente intermaxillaire, par LANNELONGUE. (*Bull soc. de chir.*, XV, p. 108.) — Sur les kystes dermoïdes intra-crâniens au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique, par LANNELONGUE. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Kyste dermoïde du pouce, par D. MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*,

28 juillet.) — Kyste épidermique du bord cubital de la main consécutif à un traumatisme, par J.-L. Reverdin et Alf. Mayor. (*Revue médic. Suisse romande,* IX, 99, février.) — 1° Tumeurs dermoïdes de la région sacro-coccygienne et de la région sus-hyoïdienne, par Masse. — 2° Observation de kyste dermoïde sous-hyoïdien, par Chavasse. (*Bullet. soc. de chir.*, XV, n° 2, p. 147.) — Kyste muqueux intra-musculaire, par Buscarlet. (*Soc. Anat.*, p. 74.) — Kyste synovial du poignet engainant l'artère radiale, par Lejars. (*Soc. anat.*, p. 75.) — Kyste synovial de la gaine du fléchisseur propre du gros orteil, avec corps étranger d'origine articulaire, par Poirier et du Bouchet. (*Soc. anat.*, p. 289.) — Deux cas de kyste dermo-lymphoïde du cou, par A. Pilliet. (*Soc. anat.*, p. 381.)

L

Lacrymales (Voies). — Etude des voies lacrymales, par Dubut. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Sur un cas d'adénome de la glande lacrymale, par Socor. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, sept.-oct. 1887.) — Ablation de la glande lacrymale dans les cas d'épiphora où le traitement par la dilatation produit des troubles nerveux, par Solomon. (*Lancet*, 23 fév.)

Lait. — Recherche et dosage du bicarbonate de soude dans le lait, par Padé. (*Acad. des sc.*, 22 juillet.) — Des rapports entre les maladies et l'alimentation par le lait, par Davis. (*Provincial med. Journ.*, juillet.) — Le commerce du lait à Paris, par Ch. Girard. (*Rev. d'hyg.*, XI, 316, avril.)

Langue. — Exploration des mouvements de la langue, par Ch. Féré. (*Soc. biologie*, 13 avril.) — Les différentes affections des follicules de la base de la langue, par Michelson. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 195, 4 mars.) — Etat pathologique de la langue, points hémorragiques, par Richardson. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, 26 janv.) — Hémiatrophie de la langue, par Limbeck. (*Prager med. Woch.*, 17 avril.) — Tuberculose de la langue, deux cas, par Bean. (*Americ. laryng. assoc.*, 1er juin.) — Un cas de tuberculose linguale (ulcère; inefficacité du raclage et de l'acide lactique), par B. Baginsky. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 314, 8 avril.) — Un cas d'ulcère tuberculeux de la base de la langue, par P. Heymann. (*Ibid.*, p. 315.) — Eczéma en aires de la langue, par Besnier. (*Ann. de dermat.*, X, 4, p. 320.) — Kyste sébacé sous-lingual, par Shepherd. (*Montreal med. chir. Soc.*, 17 mai.) — Angiome de la langue chez une jeune fille de 22 ans, par Martel. (*Bullet. Soc. de chir.*, XV, n° 4, p. 272.) — Etiologie et diagnostic des tumeurs bénignes, en particulier de la langue et des lèvres, par V. Esmarch. (18e *Cong. chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Sarcome de la langue, opération, guérison, par Bleything. (*N. York, med. Journ.*, 23 juin 1888.) — Sur un cas d'épithelioma double de la langue, par Voituriez. (*Journ. sc. méd. Lille*, 17 mai.) — Note sur un cas de cancer de la langue, par G. Herbert Pennell. (*Guy's hosp. Rep.*, XLV, p. 163.) — De l'extirpation du cancer de la langue, par Ebrard. (*Thèse de Lyon*, n° 467.)

Laparotomie. — Soixante-quinze laparotomies suivies de guérison, par B. Curtis Miller. (*Amer. Journ. of obst.*, juillet.) — Vingt cas de laparotomie sans mort, par Baldy. (*Med. News.*, 1er juin.) — Seize cas de laparotomie, dont un pour coup de feu, huit pour coups de couteau, deux pour cholécystotomie, par H. Dalton. (*Ann. of surgery*, février.) — Laparotomie pour blessure par scie circulaire, par Packard. (*Journ. of Amer. assoc.*, 23 févr., p. 275.) — Un cas de laparotomie chez un nouveau-né, par Stoly-

PINSKY. (*Centr. für Gyn.*, 16 mars.) — Laparotomie dans la fièvre typhoïde (perforation), par NICHOLAS. (*Roy. Acad. of med. in Ireland*, 17 mai.) — Deux cas de laparotomie pour tumeurs de l'utérus ou des ovaires, par E. SALVIA. (*La Riforma medica*, 4, 6 et 7 mai.) — Du lavage à l'eau bouillie et filtrée après la laparotomie, par SCHLUMBERGER. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er avril.)

Larynx. — Sur l'anatomie de l'épiglotte, par COLLIER. (*Lancet*, 4 mai.) — Nouvelles recherches sur l'existence d'un centre cortical moteur pour le larynx, par DELAVAN. (*N. York med. journ.*, 22 juin.) — Nouvelle méthode expérimentale pour l'étude des muscles et des nerfs du larynx, par A. ONODI. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 406, 6 mai.) — Chez l'homme la glotte doit être fixée à la mâchoire inférieure dans la production des sons élevés, par AXENFELD. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Leçons sur les maladies du larynx, de la trachée, du nez et de la gorge, par L. SCHWETTER. (4e livraison. *Vienne.*) — L'aphonie fonctionnelle et son traitement par l'hypnotisme et la suggestion, par ARTHUR SCHNITZLER. (*Vienne.*) — Quelques cas d'aphonie nerveuse, par CORRADI. (*Boll. d. mal. dell' orecchio*, VII, n° 3.) — Sur les troubles laryngés en rapport avec les maladies organiques du système nerveux central, revue critique, par MASUCCI. (*Rassegna crit. int. d. mal. del naso*, II, n° 2.) — Troubles moteurs hystériques des cordes vocales, par J. BALL. (*Lancet*, 23 fév.) — Dysphonie spastique, par KNIGHT. (*Amer. laryng. Assoc.*, 30 mai.) — Du vertige laryngé, par ARMSTRONG. (*Med. News*, 8 juin.) — Un cas d'ictus laryngé, par GAREL. (*Rev. de laryng.*, 1er juin.) — Adénite aiguë septique, œdème du larynx, guérison spontanée, par LANGMAID. (*Americ. laryng. assoc.*, 30 mai.) — Affection à forme œdémateuse des voies aériennes supérieures, par GLASGOW. (*Americ. laryng. assoc.*, 30 mai.) — De la laryngite hémorragique, par FAVITZSKY. (*Monat. f. Ohrenh.*, XXIII, n° 6.) — Hémorragies laryngées cataméniales, par RUAULT. (*Rev. de laryng*, 1er juillet.) — De la laryngite hémorragique, par RETHI. (*Int. klin. Rundschau*, 12 mai.) — Un cas de laryngite hémorragique, par ROQUER Y CASADESUS. (*Riv. laring. otol.*, mars.) — Des hémorragies du larynx, par ABATE. (*Arch. internat. di laring.*, nos 1 et 2.) — Réflexion au sujet de l'article précédent, par MASUCCI. (*Rassegna crit. int. d. mal. del naso*, II, n° 2.) — Cas de laryngite phlegmoneuse, par B. FRAENKEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 385, 29 avril.) — Du phlegmon primitif infectieux du larynx, par GERMONIG. (*Wien. klin. Wochenschr.*, n° 36, 1888.) — Des affections du larynx dans la fièvre typhoïde, par LANDGRAFF, LUBLINSKI, LEWIN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 315, 8 avril.) — Rétrécissement du larynx consécutif à la fièvre typhoïde, par SCHADEWALDT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 384, 29 avril.) — Ulcération des cordes vocales consécutive à la rougeole (ulcère étendu, sans fausse membrane), par HOLT. (*N. York pathol. Soc.*, 13 fév.) — L'emploi topique de solutions de nitrate d'argent dans le traitement de la laryngite chronique, par S. SOLIS-COHEN. (*Americ. laring. assoc.*, 1er juin.) — De l'emploi du menthol et du naphtol camphré en laryngologie, par MUGON. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — De la phtisie laryngée, par THRASHER. (*Ohio state med. Soc.*, 22 mai.) — Quelques manifestations rares de la tuberculose du larynx, par RICE. (*Americ. laryng. assoc.*, 1er juin.) — De la tuberculose laryngée, par RINGK. (*Deut. med. Zeit.*, 28 mars.) — Sur les tumeurs tuberculeuses du larynx, par CARTAZ. (*Arch. de laryngol.*, avril.) — Généralités sur la tuberculose du larynx et sur l'état actuel de la question du traitement, par RINGK. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, n° 6.) — La tuberculose laryngée aux eaux sulfureuses des Pyrénées, par GUINIER. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 27, 1888.) — Traitement moderne de la phtisie laryngée, par KRAUSE. (*Berl. klin. Woch.*, p. 435, 13 mai.) — Larynx tuberculeux,

œdème de la glotte, trachéotomie, mort d'œdème pulmonaire, par Cassaet et de Grailly. (*Soc. d'anat. de Bordeaux.*, 4 mars.) — Traitement de la tuberculose laryngée par l'acide lactique, par Golynez. (*Prager med. Woch.*, 24 avril.) — Syphilis tertiaire du larynx, par Tissier. (*Ann. mal. de l'or.*, févr.) — Rétrécissement cicatriciel du larynx d'origine syphilitique; trachéotomie datant de six ans, dilatation quotidienne de haut en bas du rétrécissement, par les sondes de Schrœtter, guérison, par Gouguenheim. (*Ann. mal. de l'oreille*, juin.) — Rétrécissement de l'orifice supérieur du larynx chez une fille de 13 ans, avec abcès du nez, de la lèvre supérieure, de la langue, du voile palatin et de la paume de la main; soudure des piliers postérieurs du pharynx, etc.; résistance au traitement antisyphilitique; pas d'hérédité appréciable, par P. Heymann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 384, 29 avril.) — Des blessures par armes à feu du larynx et de la portion cervicale de la trachée, par Petit. (*Thèse de Paris,* 26 juillet.) — Deux cas d'obstruction partielle des bronches par un corps étranger, mort de bronchite suppurée dans le 1er cas; trachéotomie et ablation du corps dans le second, par Bryant. (*Royal med. and chir. Soc.,* 11 juin.) — Le premier cas de tubage du larynx pour le croup, pratiqué en Italie, par Egidi. (*Archivii ital. di laringol.,* IX, 3.) — Procédé de tubage du larynx avec une sonde en caoutchouc, par Williams. (*N. York med. Record.,* 26 janv.) — Tubage dans un cas de croup infantile, abcès consécutif, guérison, par Rauzier. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 1888, nº 21.) — Un cas anormal de tubage du larynx, par Brothers. (*N. York med. Record.*, 27 juillet.) — Première opération intra-laryngée, avec l'éclairage du larynx à travers le cou, par Voltolini. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, 5.) — Tumeur laryngée récidivante, papillome, par Lincoln. (*Americ. laryng. assoc.*, 30 mai.) — Tumeurs laryngées, trachéotomie, puis thyrotomie, extirpation des tumeurs, par Whittle. (*Lancet*, 2 mars.) — Disparition spontanée de tumeurs laryngées, après la trachéotomie, par Hunter Mackenzie. (*Lancet*, 6 avril.) — Polype du larynx, du volume d'une grosse noix, extirpation endo-laryngée, par Ricardo Botey. (*Rev. de laryng.*, 1er juin.) — Un cas de polype extra-laryngé, par Tsakyroglous. (*Monat. f. Ohrenh.*, XXIII, nº 7.) — Tumeur; fibrome des replis aryténo-épiglottiques, par Moncorgé. (*Lyon méd.*, 21 juillet.) — Tumeur du larynx; sarcome, par Lentaigne. (*Clin. Soc. of London*, 1er mai.) — Sarcome du larynx, laryngotomie, guérison, par Hjart. (*Soc. de méd. de Christiania. Semaine méd.*, 5 juin.) — Un cas d'argyrie généralisée et de cancer du larynx, par Onodi. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, 4.) — Un cas de cancer secondaire infectieux du larynx, par Landgraf. (*Charité Annalen*, XIII, p. 258.) — Diagnostic du cancer du larynx, par Beschorner. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, 5.) — Cancer du larynx, trachéotomie, par Robertson. (*Lancet*, 6 juillet.) — Extirpation totale du larynx datant de deux ans et demi; voix suffisante sans larynx artificiel, par Hans Schmid. (18e *Cong. chir. allem.; Cent. f. Chir.*, nº 29.) — Rectification de la statistique de Morell Mackenzie sur les extirpations totales du larynx cancéreux, par Krajewski. (*Deutsche med. Woch.*, nº 4, p. 64.) — Extirpation totale du larynx pour épithélioma, par Gardner. (*Australian med. journ.*, mai 1888.) — Extirpation totale d'un larynx cancéreux (présentation de malade), par Roser. (8e *Congrès de méd. interne, Wiesbaden.*)

Lèpre. — Quelques faits de plus indiquant la possibilité de la contagion de la lèpre, par Zuriaga. (*Ann. de dermat.*, X, nº 7.) — La léproserie de Nîmes (1163-1663) d'après les documents inédits, avec l'analyse de deux livres de raison et la liste des lépreux au seizième siècle, par Puech. (In-8º, *Nîmes.*) — De la lèpre aux îles Havaï, par Goulden M'Grew. (*American Lancet*, p. 161; 1888.) — La lèpre à la Nouvelle-Orléans, par W. Blanc. (*N. Orléans med. journ.*, p. 105; 1888.) — Un cas

de lèpre, par Powel. (*Sacramento med. Times,* mars 1888.) — La lèpre, un danger impérial, par Wright. (In-8°, *Londres.*) — Des manifestations oculaires de la lèpre et du traitement qui leur convient, par Begue. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Un cas de lèpre autochtone, par Ohmann Dumesnil. (*Saint-Louis med. journ.,* LIV, p. 270.) — Lèpre anesthésique, ulcère perforant, gangrène du pied, amputation, par Beavan Rake. (*Ibid.*, p. 337.) — Les réflexes tendineux dans la lèpre, dix-sept observations, accroissement, par Suzuki. (*Sei i Kwai med. journ.*, mai.) — Guérison d'un cas de lèpre, par Sandreczky. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 11.) — Des affections du rein dans la lèpre et de leurs rapports avec les altérations de la peau, par Beavan Rake. (*Monats. f. prakt. Dermat.,* VIII, n° 12.)

Leucémie.— Expérience sur la leucocytose purulente par la digestion des substances albuminoïdes et par certains médicaments (essences, amers, épices, fer, bismuth), par Julius Pohl. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 291, 1er avril.) — Leucocythémie splénique ; mort par hémorragie intra-musculaire du bras gauche, par Estor. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier*, n° 48, 1888.)

Lèvre. — Inflammation gangreneuse des lèvres, par Queely. (*Lancet*, 12 janv.)

Lichen. — De la constitution du groupe lichen, par Hallopeau. (*Union médicale,* 6 avril.) — Un cas de lichen ruber acuminé, par Düring. (*Monats. f. prakt. Dermat.,* IX, 3.) — La question du lichen ruber, par Török. (*Ibid.*) — Lichen plan non prurigineux après une amputation, par Russell. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — Lichen obtus, par Tenneson. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 441.) — Lichen plan scléreux, par Hallopeau. (*Ibid.*, X, n° 5, p. 447.) — Lichen pilaire ou xérodermie pilaire symétrique de la peau, par Brocq. (*Ibid.*, X, 4, p. 339.) — Lichen plan, par Besnier. (*Ibid.*, X, n° 6, p. 546.) — Lichen plan, par Vidal. (*Ibid.*, X, 4, p. 332.) — Lichen ruber plan multiforme ; lichen de la langue et de la cavité buccale, par Besnier. (*Ibid.*, X, 4, p. 322.) — La question du lichen ruber en Amérique, par Brocq. (*Ibid.,* X, 4.)

Lipome. — Lipome ulcéré de la cuisse, par Ettlinger. (*Soc. Anat.*, p. 418.) — Lipome calcifié et pédiculé de la face interne de la cuisse, par Chipault. (*Société anat.*, p. 93.) — Contribution à l'étude de l'origine traumatique des lipomes, par Ozenne. (*Journ. de méd. Paris*, 1er mai.)

Lupus. — Lupus érythémateux symétrique des mains, par Vidal. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 465.) — Lupus pernio de la face, synovites fongueuses symétriques des extrémités supérieures, par Besnier. (*Ibid.*, X, p. 333.) — Lupus érythémateux de la bouche, par Vidal. (*Ibid.*, X, 4, p. 326.) — Lupus vaccinal, par Besnier. (*Ibid.*, X, n° 6, p. 576.) — Lupus de la joue, du voile et de la voûte du palais, des amygdales, cautérisation, guérison, par Goodhart et Arbuthnot Lane. (*Lancet*, 20 avril.) — Lupus vulgaire et ses rapports avec la tuberculose, par Barling. (*Practitioner*, juin.) — Cicatrice opératoire d'un lupus du bras. Tuberculose miliaire universelle des organes abdominaux avec affection bronzée des téguments, par Lehfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 21, p. 481, 27 mai.)

Luxation. — Contribution à l'histoire des luxations de l'axis, par Annequin. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Cinq cas de luxation des vertèbres cervicales, par G. Walton. (*Boston med. journ.*, 21 mars, p. 277.) — Luxation de l'humérus en arrière, trois cas, par Baum. (*Cent. f. Chir.*, n° 4.) — Sur un cas de luxation sous-acromiale non réduite, datant de vingt-neuf mois, par Dolard. (*Lyon méd.*, 12 mai.) — Luxation sous-épineuse réduite après cinq mois, par Moore. (*N. York med. Record*, 6 avril.) — Luxation

sous-épineuse droite, datant d'un mois, sans fracture probable. Réduction par le procédé Hennequin, par AUDAIN. (*Tribune méd.*, 25 juillet.) — De la réduction des luxations de l'épaule, d'après la méthode de Macleod, par DENISSOW. (*Med. Obozrenié*, n° 2.) — De la réduction de la luxation sous-coracoïdienne de l'épaule, par la méthode de Kocher, par CH. POWERS. (*New York med. Record*, p. 337, 30 mars.) — Considérations sur l'extraction de la cataracte basées sur l'analyse de trois cents cas, par H. NOYES. (*New York med. Record*, p. 340, 30 mars.) — Luxation du coude en arrière, par SEDGWICK. (*Lancet*, 12 janv.) — Double luxation ancienne du coude, par TOURNIER. (*Lyon méd.*, 2 juin, p. 162.) — Luxation par rotation en arrière du poignet, par CLEMENT LUCAS. (*Guy's hosp. Rep.*, XLIV, p. 117.) — Luxation sciatique ancienne, par RAUZIER. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 1888, n° 12.) — Luxation obturatrice de la hanche, par RIVINGTON. (*Lancet*, 25 mai.) — Forme rare de luxation de la rotule, par SZUMAN. (18e *Cong. chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Luxation tarso-métatarsienne, par NIMIER. Rapport par CHAUVEL. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 1, p. 27.) — Luxation du métatarse, par LITTLEWOOD. (*Lancet*, 2 mars.)

Lymphatique. — De l'extirpation des ganglions chez les strumeux, par ISCOVESCO. (*Ann. de la tubercul.*, I, n° 1.) — Adénite cervicale caséeuse, ablation des ganglions, ouverture de la jugulaire interne, ligature de la carotide primitive, guérison, par MENEAULT. (*Ann. de la tubercul.*, I, n° 1.) — Lymphangite endémique des pays chauds, par TESSE D'ARMAND. (*Thèse Montpellier*, n° 42.) — Classification des bubons et leur traitement, par EVERETT M. CULVER. (*Journ. of cut. dis.*, juin 1888.) — Traitement des bubons par l'éther iodoformé, par von EICHSTORFF. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — Traitement du bubon suppuré par les injections de vaseline iodoformée, par ESPIEUX. (*Thèse Montpellier*, n° 35.) — Fièvre ganglionnaire, par PFEIFFER. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXIX, 3 et 4.) — Lymphomes du cou, par WYETH. (*The internat. journ. of surgery*, p. 59, mars.) — Adénolymphocèle du cou et de l'aisselle, par TH. ANGER. (*Bullet. Soc. chir.*, XV, n° 4, p. 320.) — Lymphangiomes et kystes séreux, par BARABAN. (*Arch. de méd. expér.*, I, n° 4.) — Lymphadénomes multiples de la peau, par PORTER. (*Brit. med. Journ.*, fév., p. 298.) — Mycosis fongoïde ou lymphadénie cutanée, par PÉLISSIER. (*Thèse Montpellier*, n° 35.) — Lymphomatose cutanée généralisée, par BESNIER. (*Ann. de dermat.*, X, n° 6, p. 547.) — Lymphodermie pernicieuse, par VIDAL. (*Ibid.*, p. 555.) — Nouvelle contribution à l'étude du carcinome primitif des ganglions lymphatiques, par CHAMBARD. (*Progrès médical*, 1er juin.)

M

Main. — Lipome de la main, par TWYNAM. (*Brit. med. Journ.*, 8 juin.) — Epithélioma de la face dorsale de la main droite, par LIBER. (*Journ. sc. méd. Lille*, 12 avril.) — Cancer colloïde de la main et de l'avant-bras, par IVANOFF. (*Meditzinsko Spisanie*, 10 juin 1888.) — Doigt à ressort (théorie articulaire), par POIRIER. (*Soc. anat.*, p. 92 et 106.) — Doigt à ressort; végétation fibreuse du tendon du fléchisseur profond, par CARLIER. (*Ibid.*, p. 185.) — Malformation congénitale des doigts dans une famille, par W. MONTGOMERY SMITH. (*Guy's hosp. Rep.*, XLV, p. 115.)

Mal de mer. — Du mal de mer, par SKINNER. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 19 janv.)

Mal de montagne. — Le mal des montagnes, ses causes, par von Liebig. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 240, 18 mars.)

Maladie. — De la pathogénie des maladies et valeur du froid comme élément pathogène, par Goraieb. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Décharges précritiques dans les maladies aiguës, par A. Robin. (*Soc. de biologie*, 13 avril.)

Malformation. — Absence du canal thoracique, amenant de l'œdème, par Smith. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Absence congénitale des pectoraux gauches, par W. Schulthess. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 108, 15 février.)— Fœtus féminin avec hydrorhachis sacrée, absence des parois abdominales ; transposition des viscères abdominaux et utérus unicorne, par Wyder. (*Ibid.*, p. 105, 15 février.) — Absence congénitale du tibia, par M'Laren. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Déformations congénitales rappelant l'aïnhum, par Proust. (*Bull. acad. de méd.*, 2 avril.)

Mamelle. — Abcès tuberculeux du sein, par Shattuck. (*Path. Soc. of London*, 21 mai.) — Tuberculose du sein, opération, par Mackellar. (*Lancet*, 1er juin.)— Hypertrophie mammaire, par Tédenat. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 22, 1888.) — Sur un cas de fibro-adénome du sein, par Lancial. (*Journ. sc. méd. Lille*, 12 avril.) — Angiome caverneux de la mamelle, par Sendler. (18e *Cong. chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Diagnostic et traitement du cancer du sein, par Collins Warren. (*Boston med. Journ.*, 11 avril, p. 349.) — Epithélioma intra-canaliculaire du sein, kystique et végétant, par Lemonnier et Verchère. (*Soc. anat.*, p. 345.) — Du cancer de la mamelle, par Schinzinger. (*Ibid.*) — Des causes des récidives cancéreuses locales après l'amputation de la mamelle, par Heidenhain. (*Ibid.*) — La distribution des productions secondaires dans le cancer du sein, par Paget. (*Lancet*, 23 mars.) — La durée de la vie dans le cancer du sein, par Williams. (*Lancet*, 12 janv.) — De l'ablation du sein, par Terrillon. (*Bull. gén. de thér.*, 30 avril.) — Opération de Kehrer pour la dépression du mamelon, par Herman. (*Lancet*, 6 juillet.)

Massage. — Massage de l'abdomen, par Hirschberg. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Massage abdominal dans la constipation, par Garry. (*Lancet*, 2 mars.) — Du massage suivant les différentes fractures des membres, par Lucas-Championnière. (*Rev. gén. de clin.*, 11 juillet.) — Le massage et le traitement de Weir Mitchell, par Hale White. (*Guy's hosp. Rep.*, XLV, p. 267.) — Le massage en ophtalmologie, par Pfalz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 2, p. 23.)

Maxillaire. — L'os interne axillaire chez l'homme, par Gilis. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 1888, n° 23.) — Occlusion des mâchoires par ankylose bilatérale, excision de deux angles du maxillaire, après insuccès d'autres méthodes, par Bennett. (*Clin. Soc. of London*, 10 mai.) — D'une nouvelle opération pour le traitement de la nécrose phosphorée du maxillaire, par Jervell. (*Norsk. mag. f. Laegevid.*, fév.) — Kyste dentifère du sinus maxillaire pris pour un sarcome du maxillaire supérieur et traité par la résection, par G. Marchant et Albarran. (*Soc. anat.*, p. 115.) — Epithéliome paradentaire présentant tous les signes d'un sarcome du maxillaire inférieur ; guérison, par Polaillon. (*Union médicale*, 26 mars.) — Forme très rare d'exostose du maxillaire inférieur, par Nicolas. (*Bull. Soc. anat.*, avril, p. 268.) — Traitement des collections purulentes du sinus maxillaire, par A. Barth, B. Fraenkel, Gustav Hahn, Hartmann, Schadewaldt et Kuester. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 213, 11 mars.)

Médecine (Hist.). — La façon dont vinrent à Rome les premiers médecins,

par G. Al. Saafeld. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXVI, Heft, 1.) — De l'enseignement de la médecine à Lyon avant 1789, par Chappet. (*Lyon méd.*, 16 juin.) — Un mot d'historique sur l'ipéca ; le maréchal Villars et la poudre d'Helvetius, par Mollière. (*Ibid.*, 19 mai.) — Garengeot, sa vie, son œuvre, avec notes historiques, par Jarnouen de Villartay. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — L'œuvre de Davaine, charbon, septicémie, etc. (In-8°, 7 pl., *Paris.*) — Les accouchements à la cour, par Witkowski. (In-8°, *Paris.*)

Médecine légale. — Discussion de la Société vaudoise de médecine sur le secret médical. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 101, février.) — Importance de la recherche des cristaux d'hémoglobine dans l'examen des taches de sang, par Misuraca. (*Riv. sper. di freniatria*, XV, 1.) — Des empreintes en général et de leur application dans la pratique de la médecine judiciaire, par Frécon. (*Thèse de Lyon*, n° 468.) — De l'empoisonnement par l'alcool au point de vue médico-légal, par Ravaglia. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 1.) — La mort dans les théâtres incendiés, par Brouardel. (*Bull. méd.*, 16 juin.) — Impuissance, par G. Tourdes. (*Dic. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XV.) — Identité, par Tourdes. (*Ibid.*, 4e série, t. XV.) — Viabilité, par Tourdes. (*Ibid.*, 5e série, t. III.) — Viol, par G. Tourdes. (*Ibid.*, 5e série, t. III.) — Le moment de l'entrée de l'eau dans les poumons des noyés, par Brouardel et Loye. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Exécution des criminels au moyen de l'électricité. Rapport à la Société de médecine légale de New-York. (*Annales d'hyg. publ.*, p. 134, février.) —

Médecine milit. — La vie du soldat au point de vue de l'hygiène, par Ravenez. (In-16, *Paris.*) — Parallèle entre trois hivers au point de vue de leur météorologie et de leur influence sur la morbidité, garnison de Scheverin, par Knövanagel. (*Veertelj. f. gericht. Med.*, XLIX, p. 325, et 4, p. 156.) — Aperçus hygiéniques sur quelques types de navires de guerre dans la marine moderne (cuirassés, gardes-côtes, torpilleurs), par A.-L. Alquier. (*Thèse de Bordeaux*, n° 27.) — L'occupation militaire des Nouvelles-Hébrides, par Martine. (*Thèse de Bordeaux*, 1er mai.)

Mélanose. — Tumeurs mélaniques de la joue, par Castex. (*Gaz. des hôp.*, 11 juillet.) — Mélanodermie généralisée, avec pigmentation des ongles, de la muqueuse buccale et du prépuce, sans signes certains de cachexie surrénale, par Besnier. (*Ann. de dermat.*, X, n° 6, p. 569.) — Mélanosarcome primitif de la vulve, par Taylor. (*Ann. de gynéc.*, juillet.)

Membres. — Poignet (*Anat. et path. chirurg.*), par J. Chauvel et H. Nimier. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVI.) — Poplitée (Région) (*Anat. et path. chir.*), par L. Testut et M. Jaboiclay. (*Ibid.*, 2e série, t. XXVI.) — Jambe, par H. Nimier. (*Ibid.*, 4e série, t. XVI.)

Méninge. — Etiologie et nature de la méningite cérébro-spinale épidémique, par Boyer. (*Thèse de Bordeaux*, 3 juin.) — Quelques remarques sur la méningite cérébro-spinale de Nicosie (Chypre), par Derbys. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 24, 1888.) — Note sur la présence du pneumocoque de Fraenkel dans un cas de méningite cérébro-spinale, par Hauser. (*Münchener med. Wochenschr.*, 4 sept. 1888.) — Méningite aiguë, guérison, par Broadbent. (*Brit. med. Journ.*, 8 juin.) — Coup porté à la tête ; hémorragie méningée, par Blumenstock. (*Wien. med. Presse*, n° 5, p. 169.) — Pachyméningite, hématome avec transformation séreuse, par Deguéret. (*Soc. anat.*, p. 335.) — Tumeur des méninges enlevée par la trépanation, par Cornil. (*Ibid.*, p. 413.) — Endothéliome de la dure-mère, par Pilliet. (*Ibid.*, p. 189.)

Menstruation. — Deux cas de menstruation supplémentaire, par DE SAUSSURE FORD. (*Amer. journ. of obst.*, février.) — Influence du permanganate de potasse sur la menstruation, par STEPHENSON. (*Brit. med. Journ.*, 20 juillet.) — Oxyde noir de manganèse dans la dysménorrhée, par SCOTT. (*Med. news*, 11 mai.)

Mercure. — Recherche du mercure dans les sécrétions animales, par MERGET. (*Bull. Soc. de pharm. Bordeaux*, mars.) — De la diurèse et des lésions rénales hydrargyriques, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 26 juin.)

Mérycisme. — Du mérycisme, par GRAND. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Trois cas de mérycisme chez l'homme, par SIEVERS. (*Finska läkar. Handlingar*, XXXI, nº 5.)

Métallothérapie. — Métallothérapie et suggestion, par DESPLATS. (*Journ. sc. méd. Lille*, 3 mai.)

Moelle. — Protubérance annulaire (anatomie, physiologie et pathologie), par BERBEZ. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVII.) — Expériences montrant combien est grande la dissémination des voies motrices dans le bulbe rachidien, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de phys.*, nº 3.) — Liquide cérébro-spinal, par HALLIBURTON. (*Journ. of physiol.*, X, nº 5.) — Une anomalie de la substance grise de la moelle chez un chien, par ROSSI. (*Sperimentale*, mai.) — Des dégénérescences secondaires de la moelle, par TOOTH. (*Lancet*, 13 avril.) — A propos de la syringomyélie, par HALLOPEAU. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 mars.) — Diagnostic et nature de la syringomyélie, par JOFFRAY. (*Ibid.*, 22 mars.) — A propos de la syringomyélie, par DÉJERINE. (*Ibid.*, 12 avril.) — Syringomyélie, par DÉJERINE. (*Semaine méd.*, 12 juin.) — De la syringomyélie, par CHARCOT. (*Bull. méd.*, 24 juin.) — De la syringomyélie, par BRUL. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — De la symptomatologie du tabes dorsal, recherches sur les phénomènes du côté de l'oreille et du larynx, par MARINA. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 1.) — Recherches sur les troubles oculaires dans le tabes dorsal et essai d'une explication unique du complexus des symptômes dans le tabes, par E. BERGER. (*Rev. d'ophtalm.*, 31 mai.) — Trois cas d'ataxie héréditaire, par CLARKE. (*Lancet*, 23 mars.) — Arthropathie ataxique, par MOSSÉ. (*Soc. anat.*, p. 281.) — Tabes et suspension, par BOUYON. (*Thèse de Bordeaux*, 28 juin.) — De la suspension comme traitement de l'ataxie locomotrice, par BOOTH. (*Internat. Journ. of surgery*, mai.) — Traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension, par BALABAN. (*Thèse de Paris*, 19 juin.) — Traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension par KRAUSS. (*Buffalo med. journ.*, juin.) — De la suspension dans l'ataxie locomotrice, par W. MORTON. (*New York med. Record*, p. 403, 13 avril.) — Des abcès de la moelle, par ULLMANN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 1 et 2.) — Recherches sur les traumatismes spinaux, notamment les accidents causés par les chemins de fer, par DERCUM. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — De la commotion de la moelle au point de vue médico-légal, par SMITH. (*Amer. med. Assoc.*, 25 juin.) — Affection traumatique de la moelle épinière (sclérose latérale et postérieure,) par MAYNARD. (*Boston med. Journ.*, 4 avril, p. 334.) — Lésion traumatique de la moelle épinière, par GOMBAULT et WALLICH. (*Soc. anat.*, p. 414.)

Molluscum. — Molluscum fibreux multiple, par TAPPEY. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Du molluscum contagiosum envisagé au point de vue parasitaire, par MAUREAU. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.)

Monstre. — Monstre acardiaque, par TRESTRAIL et A. DORAN. (*Obstetr. tran-*

sact., janv. et fév.) — Etude anatomique d'un monstre symélien, par Labougle et Régnier. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 5 mai.) — Cyclopie et otocéphalie, par Gilis. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 29, 1888.) — Double fœtus ressemblant aux frères siamois, par Scott. (*Brit. med. Journ.*, 8 juin.) — Obs. d'amélie, monstre sans membres, par Gravely. (*Ibid.*) — Ectromélie, vices de conformation des deux mains et des deux pieds, par Chaintre. (*Lyon méd.*, 23 juin.)

Mort. — Signes immédiats de la mort, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 28 mai.) — De la mort apparente, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 14 mai.)

Morve. — De la morve, par Lussana et Romaro. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 1.) — La morve du mouton, par F. Peuchu. (*Soc. Biologie*, 23 mars.) — Essais de vaccination contre la morve, par Straus. (*Arch. de méd. expér.*, I, nº 4.)

Muscle. — Muscle surnuméraire de l'avant-bras, par Titone. (*Sicilia med.*, fév., p. 100.) — Le muscle temporal superficiel, par Bertelli. (*Soc. Toscana di sc. nat.*, X.) — Recherches sur la polarisation des muscles et des nerfs, par L. Hermann. (*Archiv für d. gesammte Phys.*, XLII, p. 1.) — Recherches sur les phases chronologiques du courant musculaire dans le tétanos, par K. Schœnlein. (*Ibid.*, XLV, p. 134.) — Recherches sur le développement chronologique du courant musculaire dans le tétanos, par K. Schœnlein. (*Ibid.*, XLV, p, 134.) — Fondements psychologiques de la comparaison des poids soulevés, par G. E. Muller et Fr. Schumann. (*Ibid.*, XLV, p. 37.) — Recherches expérimentales sur la régénération des fibres striées, par Zaborowski. (*Thèse Genève.*) — Psoïtis, par E. Vincent (de Lyon). (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVII.) — Myopathie primitive, par Joffroy et Achard. (*Arch. de méd. expér.*, I, nº 4.) — Myopathie progressive, par Gombault. (*Ibid.*) — Atrophie musculaire progressive considérablement améliorée par le massage et l'électricité, par Berthet. (*Lyon méd.*, 14 juillet.) — Deux cas d'atrophie musculaire héréditaire, par G. Auton. (*Soc. des méd. de Vienne.*, 15 févr.) — Amyotrophie primitive progressive, par Grasset. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 18.) — Remarques sur les hernies musculaires, par Bonnet. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 19.) — Hernie musculaire de la cuisse, suite de plaie, suture des bords aponévrotiques, guérison, par Mazzucchelli. (*Gaz. d. ospit.*)

Mycosis. — Mycosis fongoïde, par Bruchet. (*Ann. de dermat.*, X, nº 6, p. 579.) — Sur le mycosis fungoïdes (granuloma fungoïdes), par Dönitz et Lassar. (*Archiv f. path. Anat.*, XVI, Heft 2.)

Myopie. — Sur l'hérédité de la myopie, par Motais. (*Acad. de méd.*, 11 juin.) — Myopie héréditaire, son traitement dans l'adolescence, par Boucheron. (*Bull. méd.*, 21 juillet.) — La réflection curvilinéaire de Weiss, signe prodromique de myopie, par Randall. (*Med. News*, 9 fév.)

Myxœdème. — Myxœdème et aliénation, par Cumming Mackenzie. (*Journ. of mental. sc.*, juillet.) — Pseudo-myxœdème, opération, par E. Köhler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 194, 4 mars.) — Du myxœdème, par Mosler. (18e *Cong. chir. allem.; Cent. f. Chir.*, nº 29.)

N

Nerf. — Existence d'une racine dorsale rudimentaire avec ganglion pour le nerf hypoglosse, par Chiarugi. (*R. Accad. dei Fisiocrit. di Siena*, VI, 2.) —

Hypoglosse (anatomie et pathologie), par L. Testut et M. Jaboulay. (*Dict. encycl. des sc. médic.*, 4e série, t. XV.) — Contribution à l'étude de l'origine de la gaine de Schwann dans les racines nerveuses spinales, par Spronck. (*Centr. f. klin. Med.*, no 5.) — Contribution clinique à l'étude des nerfs du goût, par Zenner. (*Neurol. Central.*, no 16, 1888.) — Mode d'emploi de l'orcanette et de la chlorophylle pour la coloration de la graisse dans les lésions du système nerveux, par Minor. (*Soc. anat.*, p. 282.) — Emploi du microphone pour l'excitation électrique des nerfs, par H. Krapt. (*Arch. f. die gesammte Physiol.*, XLIV, p. 352.) — Effets de l'excitation sur la polarisation du nerf, par Stewart. (*Journ. of Phys.*, IX, p. 26 et 199.) — Les décharges corticales sensorielles et leurs effets, des auras sensorielles, par Hughes Bennett. (*Lancet*, 30 mars.) — De l'action trophique que le système nerveux exerce sur les autres lésions, par Baldi. (*Sperimentale*, avril.) — Lésions trophiques d'origine congénitale à marche progressive, par Vidal. (*Ann. de dermat.*, X, no 6, p. 577.) — Des altérations des fibres nerveuses à la suite de la congélation des tissus, par Alonzo. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 9.) — Lésions des plexus lombaires et sacrés, remarques sur leur importance, leur diagnostic général et de localisation, par Mills. (*Med. News*, 15 juin.) — Des altérations des nerfs périphériques dans les œdèmes chroniques, la phlegmatia alba dolens et l'œdème expérimental, par Klippel. (*Arch. génér. de méd.*, juillet.) — Des rapports entre les maladies et les centres nerveux régulateurs, par Andrew. (*Lancet*, 15 juin.) — Un cas de tic convulsif avec coprolalie, par Cainer. (*Gaz. d. Ospit.*, no 16.) — Etude clinique et expérimentale sur une névralgie d'origine traumatique du nerf obturateur, par Féré et Perruchet. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Névralgie chronique de la lèvre supérieure, par Marshall. (*Lancet*, 4 mai.) — Trois cas de névralgie rebelle du dentaire inférieur traités par l'excision de la portion intra-osseuse et l'arrachement du bout périphérique de ce nerf, par L. Tripier. (*Rev. de chir.*, juin.) — Des troubles de la sensibilité tactile cutanée dans la névrite périphérique, par Alf. Barrs. (*Amer. Journ. of med. sc.*, p. 127, février.) — Des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier, par Mme Déjerine-Klumpke. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Névrite périphérique due aux vomissements de la grossesse, par Whitfield. (*Lancet*, 30 mars.) — Névrite du médian, par Rieder. (*Münch. med. Wochens.*, no 12.) — Crampe des trayeurs par névrite du médian et du radial superficiel, par Remak. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 145, 18 fév.) — Tic douloureux de la face, résection du nerf sous-orbitaire à son point d'émergence, guérison, par Troquart. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 mars.) — Chirurgie des nerfs périphériques, par Richardson. (*Amer. med. Assoc.*, 25 juin.) — De l'extirpation des nerfs, par Thiersch. (18e *Cong. chir. allem.*; *Centr. f. Chir.*, no 29.) — Éléments de neuropathologie générale, par Francotte. (In-8o, *Liège*.) — Du myélome multiple, par Kahler. (*Wiener med. Presse*, no 6, p. 209.) — Actæa racemosa dans les maladies nerveuses, par Balfour. (*Lancet*, 9 mars.)

Névrose.— Diagnostic et traitement de la migraine accompagnée d'augmentation ou de diminution de la pression sanguine, par Lloyd Jones. (*Practitioner*, mai.) — Des palpitations nerveuses, leurs caractères dans les névroses, par Mérigot de Treigny. (*Rev. génér. de clin.*, 30 mai.) — Des névroses traumatiques, par Schultze. (*Inaug. Diss. Erlangen*, 1888.) —Des névroses traumatiques, par Oppenheim. (18e *Cong. chir. allem.*; *Centr. f. Chir.*, no 29.) — De l'hypocondrie chez les femmes, par Mendel. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 145, 18 février.) — Deux cas d'onomatomanie, par Séglas. (*Soc. méd. des hôpit.*, 12 avril.) — Névrotiques guéris par l'emploi de l'opium en homéopathie, par Ladelci. (*Arch. di psychiat.*, X, 1.) —

Le traitement de la neurasthénie. Dangers de l'antifébrine, par Chéron. (*Union médicale*, 21 mars.)

Nez. — Un cas d'anomalie des cornets inférieurs (développement hypertrophique osseux et muqueux, formant comme un double cornet), par Trifiletti. (*Archiv. ital. di laring.*, IX, 3.) — Sur le choix des anesthésiques dans les opérations pharyngo-nasales, par Silk. (*Journ. of laryng.*, mai.) — Etude sur l'exploration des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, par J.-J. Ganivet-Desgraviers. (*Thèse de Bordeaux*, n° 26.) — Les maladies des fosses nasales et des sinus, par Cozzolino. (*Riforma med.*, avril.) — Contribution à l'étude expérimentale des névroses reflexes d'origine nasale, par François Franck. (*Arch. de phys.*, n° 3.) — Des névroses réflexes produites par les affections du nez, par Masini. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 1.)— Affections intra-nasales et asthme, par Ball. (*Practitioner*, juin.) — Un cas ordinaire de catarrhe nasal, par B. Robinson. (*N. York clin. Soc.*, 26 avril.)—Note sur le catarrhe nasal et son traitement, par B. Robinson. (*N. York med. journ.*, 15 juin.)—Diagnostic et traitement de certaines formes de rhinite, par Knight. (*Ibid.*, 13 juillet.)—Pathologie et traitement de la sclérose nasale, par Seiss. (*Amer. Journ. of med. sc.*, février.)—Rapports entre l'érysipèle de la face et l'érythème et la pression intra-nasale, par Major. (*Amer. laryng. Assoc.*, 30 mai.) — Sur le lupus primitif de la muqueuse nasale, par Raulin. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — De la tuberculose de la muqueuse nasale, par Hajek. (*Int. klin. Rundschau*, n° 1.) — De la tuberculose nasale, par Boulard. (*Thèse de Paris*, 19 juin.) — Méningite suppurée occasionnée par le pneumocoque de Fraenkel, à la suite de la suppuration d'un polype sarcomateux du nez, par Ortmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 218, 11 mars.) — Mycosis des narines, par Powell. (*St-Louis med. Journ.*, octobre 1888.) — Quelques manifestations de la syphilis sur les voies aériennes supérieures, par Amory de Blois. (*Amer. laryng. Assoc.*, 31 mai.) — Un cas de rhinolithe, par Garel. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet.) — Hématome de la cloison du nez, par Thorner. (*Med. News*, 4 mai.) — Papillome de la fosse nasale droite, par Noquet. (*Rev. de laryngol.*, 1er juillet.) — D'une modification de l'emploi de l'anse galvanique dans les polypes de l'extrémité postérieure des fosses nasales, par Wagnier. (*Ibid.*, 15 juin.) — Dilatation des sinus sphénoïdaux par accumulation et rétention de liquide, obstruction des arrières-fosses nasales comme conséquence, par Rolland. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Hyperostose des os de la face amenant une occlusion osseuse des fosses nasales, par Corwin. (*New York Acad. of med.*, 26 mars.) — Du rhinosclérome, par Rydygier. (18e *Cong. chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Du rhinosclérome, par Raye. (*Indian med. Gaz.*, n° 4.) — Note sur l'histologie du rhinosclérome, bibliographie complète, par Mibelli. (*Mon. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 12.) — Affections chroniques des voies respiratoires traitées par les eaux sulfureuses de Luchon (ozène, coryza, ulcérations des fosses nasales, etc.), par Doit-Lambron. (In-8°, *Paris*.)—Nouveau procédé de restauration du nez, par Montaz. (*Ann. Enseign. supér.*, Grenoble.)—Des opérations pour le nez oblique, par Trendelenburg. (18e *Congrès Chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 29.)—Opérations plastiques pour le nez et le palais, par Rotter. (*Ibid.*) — Bandage malléable pour corriger les difformités du nez, par Walsham. (*Lancet*, 6 juillet.) — Nez artificiel en vulcanite, par Phillips. (*Staffordshire Branch of Brit. med. Assoc.*, 30 mai.) — Scie pour le nez, par Potter. (*Buffalo med. Journ.*, juin.)

Nutrition. — De la désassimilation de l'azote, par Marchal. (*Thèse de Paris*, 3 juillet.)

O

Obésité. — De l'arythmie cardiaque dans l'obésité, par Kisch. (*Progrès méd. Woch.*, 22 mai.) — Traitement diététique de l'obésité, par Kisch. (*Deutsche med. Woch.*, n° 3, p. 47.)

Occlusion intestinale. — Obstruction intestinale. Guérison, par Kirk. (*Lancet,* 8 juin.) — Occlusion intestinale à la suite de la dilatation stomacale, par L. Meyer. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 2.) — Occlusion intestinale causée par un calcul biliaire, par de Wolf Smith. (*Lancet*, 20 avril.) — Obstruction intestinale causée par un calcul biliaire. Communication de la vésicule avec l'estomac et le duodénum, par Aviraguet et Vassal. (*Bull. Soc. anat.,* p. 206.) — Étranglement interne causé par le mésentère d'un diverticulum en doigt de gant de l'intestin grêle, par Duret. (*Journ. sc. méd. Lille*, 31 mai.) — 2 cas d'occlusion intestinale, diverticule de Meckel et adhérences. Opération, mort, par Jalland. (*Lancet*, 6 juin.) — Occlusion intestinale datant de dix jours, vomissements stercoraux depuis six jours, laparotomie, réduction d'une hernie interne de Richter, rupture de l'intestin, entérorraphie. Guérison, par Robson. (*Lancet*, 20 avril.) — Obstruction intestinale aiguë causée par une nageoire de poisson arrêtée au-dessus du diverticule de Meckel, par Pye Smith. (*Lancet;* 9 mars.) — 2 cas d'obstruction intestinale aiguë secondaire à de la péritonite, par Beck et Barker. (*Lancet*, 13 avril.) — Invagination intestinale, guérison par les injections d'eau dans le rectum; récidive quatre mois plus tard, même traitement, par Dickinson. (*Lancet*, 29 juin.) — De la question de l'iléus, par Schlange. (11e *Congrès chir. allem.*, avril.) — Un cas d'invagination, par Braun. (*Ibid.*) — Du traitement de l'iléus, par E. Goltdammer, et Discussion à la Société médicale de Berlin. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 197, 11 mars.)

Œil. — Mémoires et observations d'ophtalmologie pratique, par Armaignac. (In-8°, *Paris.*) — Traité d'optique, par Mascart. (Tome I, 638, *Paris.*) — Bulletin annuel de la clinique ophtalmologique de la Faculté de Montpellier, par Truc et Ducamp. (*Montpellier méd.*, n° 12, 1888; n° 1, 1889.) — Sur les vaisseaux oculaires des carnivores, d'après les recherches de M. Bellarminow, par H. Wirchow. (*Archiv f. Physiologie*, 1888, p. 552.) — Hypermétropie, par J. Chauvel. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XV.) — Amblyopie causée par l'alcool et le tabac, par Wheeloch. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 2 mars, p. 292.) — Contribution à l'anatomie pathologique de la papille et de l'atrophie du nerf optique, par Fürstner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 149, 25 février.) — Ophtalmoplégie externe par paralysie nucléaire, par Dufour. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 103, février.) — Diplopie monoculaire, par Leroy. (*Acad. des sc.*, 17 juin.) — Diagnostic des paralysies oculaires, par Valude. (*Union médic.*, 18 mai.) — Cécité soudaine et absolue pendant quarante-huit heures après de violents efforts de vomissements, par van den Bergh. (*La Clinique*, 25 avril.) — L'hémianopsie avec réaction hémiopique de la pupille, par Martius. (*Charité Annalen*, XIII, 261.) — Sur une forme rare d'amblyopie hystéro-traumatique, par Parinaud. (*Soc. d'ophtalm.*, 4 juin.) — Sur le mécanisme de la coque oculaire, par Jays. (*Thèse de Lyon*, n° 464.) — L'ophtalmie photo-électrique, par Lubinski. (*Wien. med. Presse*, n° 4, p. 138.) — Sur l'ophtalmie migratrice, par Deutschmann, de Hambourg. (*Wiener med. Blätter,* n° 16.) — Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés par les irrigations de naphtol, par Buscarlet. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — Eviscération dans la panoph-

talmie, par Flamand. (*Thèse Montpellier*, n° 16.) — Énucléation dans la panophtalmie, par Liffre. (*Thèse Montpellier*, n° 26.) — Eviscération et énucléation, par H. Truc. (*Montpellier méd.*, août 1888.) — Du curage antiseptique de l'œil dans la panophtalmie, par Chibret. (*Rev. d'ophtalm.*, n° 5, 31 mai.) — Malformation congénitale héréditaire des deux yeux, par Vignes. (*Soc. d'ophtalm.*, 4 juin.) — La phénacétine comme analgésique en oculistique, par Raineri. (*Gaz. med. di Torino*, n° 6.) — Plaie pénétrante du globe avec cil logé dans la chambre antérieure, par Collins. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 13 juin.) — De la contusion rétro-oculaire, par Beigneux. (*Thèse Montpellier*, n° 3.) — Balle de revolver logée dans la paroi externe de l'œil, par Valude. (*Soc. anat.*, p. 117.) — Sarcome du corps ciliaire, par Snell. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 5 juillet.)

Œsophage. — Modifications dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par Symonds. (*Lancet*, 30 mars.) — Rétrécissements de l'œsophage traités avec succès par l'électrolyse linéaire, par Fort. (*Gaz. des hôp.*, 25 juin.) — Rétrécissement infranchissable de l'œsophage, gastrostomie, mort le deuxième jour sans péritonite, par Le Bec. (*Ibid.*, 18 juin.) — Rétrécissement de l'œsophage, gastrostomie, mort, par Sheen. (*Brit. med. journ.*, 28 juin.) — Un cas de gastrostomie, rétrécissement de l'œsophage, par Rosin et Heilbrun. (*Breslauer aertzl. Zeit.*, n° 1.) — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, gastrostomie suivie de guérison, par Auffret. (*Arch. de méd.*, mai-juin.) — Un cas heureux de gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, par Rogers. (*Annals of surgery*, fév.) — Cancer de l'œsophage, gastrostomie, par Delassus. (*Journ. des sc. méd. Lille*, 26 avril.)

Olfaction. — De l'anosmie cocaïnique, par Zwaardemaker. (*Fortsch. d. Med.*, VII, n° 13.) — De la parosphrésie et de la parageustie, perversion des sens de l'olfaction et du goût, par Warden. (*Journ. of laryng.*, mai.)

Ongle. — Etude clinique et pathogénique sur quelques cas de tumeurs sous-unguéales, par Lebouc. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.)

Orbite. — 16 cas de tumeur orbitaire, par Jeaffreson. (*Lancet*, 20 juillet.) — Angiome caverneux de l'orbite, par Emrys Jones. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 5 juillet.) — Kyste dermoïde de l'orbite, par Buckner. (*Journ. of amer. Assoc.*, 23 février, p. 256.) — Du fibrome de l'orbite. Etude clinique et anatomo-pathologique, par Maurange. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 mai.)

Oreillon. — Sur une épidémie d'oreillons qui a sévi sur le 2e régiment d'infanterie de marine, par Logerais. (*Thèse de Bordeaux*, 14 juin.) — Des formes cliniques de la maladie ourlienne, par Pognon. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Sur quelques complications rares des oreillons, par Sarda. (*Montpellier méd.*, juin-juillet 1888.)

Oreille. — Morphologie du pavillon de l'oreille, par Amadei. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 1.) — Glandes cérumineuses de l'oreille, par Alzhemier. (*Fort. d. Med.*, 15 déc. 1888.) — Sur la physiologie du pavillon de l'oreille, par Féré de Lancy. (*Bull. Soc. anat.*, mars, p. 237.) — De l'audition au milieu du bruit; étude critique expérimentale, par Gellé. (*Rev. de laryngol.*, 15 juin.) — Détermination de l'acuité auditive, par L. Jacobson. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 146, 18 février.) — Expériences d'excitation électrique du nerf acoustique, par Gartner. (*Ibid.*, p. 146, 18 février.) — Des hallucinations de l'ouïe, par Descourtis. (In-4°, *Paris*.) — Contribution à la pathologie du nerf acoustique, par Gradenigo. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — Un cas particulier de réflexe acoustique, par Steinbrugge. (*Zeit. f.*

Ohrenh., XIX, 4.) — Des effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu, par NIMIER. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Contribution à l'étude de l'otologie, par ELIACHEFF. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Une observation d'audition colorée, par P. RAYMOND. (*Gaz. des hôp.*, 2 juillet.) L'oreille des criminels, par GRADENIGO. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVIII, 3.) — Contribution à l'anatomie pathologique de l'appareil auditif, par POLITZER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 15 fév.) — Altérations de l'oreille moyenne chez les enfants en bas âge, par NETTER. (*Soc. biologie*, 20 avril.) — Sur l'œdème ex vacuo de la muqueuse tympanique chez le fœtus, par BOUCHERON. (*Ann. mal. de l'oreille*, juin.) — De l'importance du procédé de Rinne dans les maladies de l'appareil qui transmet le son et de celui qui le perçoit, par EITELBERG. (*Wiener. med. Wochenschrift*, n° 20.) — Nouvelles considérations sur le vertige de Ménière et en particulier sur le mode de traitement de ce syndrome, par HAUSER. (*Thèse de Paris*, 19 juin.) — Sur un cas de phlébectasie de l'oreille droite, par W. ZAHN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXV, 1.) — Etude sur les réflexes auriculaires dus à l'accumulation du cérumen dans l'oreille, par HERZOG. (*Monats. f. Ohrenh.* XXIII, 5.) — De l'otite moyenne infectieuse, par FENOGLIO. (*Ann. mal. de l'oreille*, mai.) — Des micro-organismes dans les otites moyennes aiguës, par BARATOUX. (*La pratiq. méd.*, 30 avril.) — Des micro-organismes dans les affections de l'oreille moyenne, par SCHEIBE. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 4.) — Nouvelle méthode de traitement de l'otite moyenne aiguë, pansement de Lœwe, par NOELL. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Traitement des suppurations auriculaires et mastoïdiennes, par VON BERGMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 143, 18 février.) — Otite moyenne, mastoïdite. Incision, guérison, par PASSARENI. (*Montpellier méd.*, X, 10.) — Traitement de l'otite moyenne suppurée, par L. JACOBSON, BARTH, L. KATZ, KUESTER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 215 et 217, 11 mars.) — Du courant induit dans le traitement des affections de l'oreille moyenne, par HOUGHTON (*Journ. of opht. otol. and laryng.*, janvier.) — De la syphilis auriculaire, par ARTEAGA. (*Rev. de laring. otol.*, mars.) — Syphilis de la caisse tympanique, par KIRCHNER. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVIII, 3.) — Affection syphilitique du labyrinthe, mort, par EICHBERG. (*Cincinnati Lancet and clinic.*, 2 mars.) — Etude sur les soi-disant déhiscences spontanées du toit de la cavité tympanique, par KÖRNER. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVIII, 3.) — Accidents graves survenus à la suite d'une instillation de cocaïne dans la caisse tympanique, par SUAREZ DE MENDOZA. (*Rev. de laryngol.*, 15 juillet.) — Blessure du tympan droit par une branche d'arbrisseau, par MÉNIÈRE. (*Ann. mal. de l'oreille*, mai.) — Rupture traumatique du tympan, par ODIN. (*Nice méd.*, mars.) — Rupture de la membrane du tympan par coup de boxe sur l'oreille, perte du goût consécutive à la perforation, par STEWART. (*Lancet*, 23 mars.) — Polype de la caisse du tympan avec perforation de la membrane, par FOWLER. (*Journ. of opht. otol. and laryng.*, février.) — Des tumeurs perlées (cholestéatomes) du rocher, par R. WIRCHOW. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 216, 11 mars.) — Sur les limites de la chirurgie auriculaire, par DALBY. (*Lancet*, 6 juillet.) — Un porte-médicaments tubaire. Son emploi dans les maladies de l'oreille, par LAKER. (*Arch. f. Ohren.*, XXVIII, 3.) — Sur le traitement par la galvano-caustique chimique des rétrécissements de la trompe d'Eustache, par SUAREZ DE MENDOZA. (*Rev. de laryngol.*, 1er juillet.) — Une nouvelle forme de diapason clinique, par BLAKE. (*Ann. mal. de l'or.*, février.)

Os. — Structure de la substance fondamentale du tissu osseux, par VAN DER STRICHT. (*Arch. de biol.*, IX, 1.) — Structure de l'os normal. Contenu des canalicules osseux, par ZACHARIADES. (*Soc. biologie*, 30 mars.) — Les os longs des grands singes, par ROLLET. (*Acad. des sc.*, 8 juillet.) — Sur un

point de l'anatomie du premier cunéiforme, par HARTMANN et MORDRET. (*Soc. anat.*, p. 71.) — Humérus (anat. et path. chir.), par RENÉ DUZÉA. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XIV.) — Observation d'arc maxillo-temporal sous-jugal, genèse de la bipartition de l'os molaire chez l'homme, par ROMITI. (*Soc. Toscana di sc. nat.*, X, 1.) — Des décollements épiphysaires, par LEGROS CLARK. (*St-Thomas's Hosp. Reports*, XVII, p. 1.) — Disjonction traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur, amputation, par PACKARD. (*Philad. Acad. of surg.*, 6 mai.) — Des ostéites typhoïdiques, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin.*, 6 juin.) — Altération de la tête humérale simulant une fracture, par POIRIER. (*Soc. anat.*, p. 392.) — Contribution à l'étude des ostéomyélites de croissance, par MAUZAC. (*Thèse Montpellier*, nº 11.) — Deux cas d'ostéomyélite, par SEGOND. (*Gaz. des hôp.*, 23 mai.) — Ostéomyélite prolongée ancienne du fémur; ostéosarcome du tibia, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 16 mai.) — Ostéomyélite prolongée. Fracture spontanée, amputation de cuisse, par REBOUL. (*Soc. anat.*, p. 393.) — Etude de processus aigus infectieux des os, par ROSWELL PARK. (*Americ. journ. of med. sc.*, juillet.) — Ostéotomie des os longs avec un large ciseau de sculpteur, par KÖNIG. (*Cent. f. Chir.*, nº 1.) — Du traitement opératoire (ostéotomie) des difformités rachitiques (27 obs.), par DIXON JONES. (*Annals of surgery*, avril.) — Quelques cas d'ostéotomie pour déviation des membres inférieurs, par WYETH. (*Internat. j. of surgery*, p. 99, mai.) — Ostéotomie dans les arthrites avec pseudo-cagnosite, par D. MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 21 juillet.) — Ostéotomie linéaire non trochantérienne, par AGUT. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Ostéome des premiers métacarpiens, par HUTCHINSON. (*Path. Soc. of London*, 21 mai.) — Ablation de l'humérus pour un ostéosarcome avec conservation de l'avant-bras, par BUFFET. (*Normandie médic.*, 15 mai.) — Sarcome de la clavicule, ablation, mort de septicémie, par ROUSE. (*Lancet*, 23 mars.) — Sarcome du genou à évolution rapide, par TÉDENAT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 19.) — Sarcome à myéloplaxe de l'extrémité inférieure du fémur, par AUDRY. (*Lyon méd.*, 26 mai.) — De la symptomatologie du myélome multiple, remarques sur l'albuminurie, par KAHLER. (*Prager med. Woch.*, nº 4.)

Ovaire. — Symptômes nerveux produits par les maladies de l'ovaire, leur traitement, par DANA. (*N. York. Acad. of med.*, 12 avril.) — Hémorragie de l'ovaire, par ROLLIN. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Apoplexie de l'ovaire gauche, par LARGEAU. (*Soc. anat.*, p. 361.) — Kyste ovarique du ligament large; salpyngite suppurée ancienne ouverte dans le rectum, par LYST. (*Soc. anat.*, p. 83.) — Maladie kystique des ovaires, par J. W. MARTIN. (*Edinb. med. journ.*, novembre 1888.) — Diagnostic et traitement des kystes parovariques, par WYKOWSKA DUNIN. (*Arch. f. Gyn.*, XXXIV, 3.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Opération, guérison, par DUBRUEIL et CASTAGNÉ. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 1888, nº 32.) — Rupture d'une tumeur ovarique pendant la grossesse. Guérison, par RUTHERFOORD. (*Brit. gynæc. Soc.*, 7 mai.) — Des abus de la castration chez la femme, par PICHEVIN. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Sur le développement des dents dans les dermokystes de l'ovaire, par R. BÖTTLIN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 3.) — Kystes dermoïdes de l'ovaire, par SCHARFF. (*Inaug. diss. Greifswald*, 1888.) — Kyste dermoïde multiloculaire de l'ovaire, par FLORSCHUTZ. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXVIII, p. 189.) — Trois ovaires; kystes dermoïdes des deux ovaires droits; torsion du pédicule d'un de ces kystes; ovaire gauche normal, par SIPPEL. (*Centr. f. Gyn.*, 4 mai.) — Kyste dermoïde de l'ovaire droit, contenant des cheveux et une pièce osseuse sur laquelle sont implantées six dents; ovaire gauche atteint d'un kyste proliférant, par JEUTZER. (*Arch. de tocol.*, juin.) — Kyste dermoïde de l'ovaire, par MAUNY. (*Soc. anat.*, p. 387.) — De la généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques

de l'ovaire, par Hadjes. (*Thèse de Paris,* 6 juin.) — Des tumeurs endothéliales de l'ovaire, par Eckardt. (*Zeit. f. Geburts.*, XVI, 2.) — Transformation fibreuse et kystique des ovaires, par Darier et Bourges. (*Soc. anat.*, p. 409.) — Du cancer des ovaires, par P. Muller. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 147, 1er mars.) — Tumeur ovarique sarcomateuse, par Audry. (*Lyon méd.*, p. 195, 9 juin.) — Cysto-épithéliome énorme de l'ovaire, 45 litres de liquide, par Audry. (*Lyon méd.*, p. 164, 2 juin.) — 32 cas de salpingo-ovarite traités par la laparotomie, par Terrillon. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe, par Bonnecaze. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Des conditions qui favorisent le développement des thromboses veineuses après l'ovariotomie, par Schtschetkin. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Injections sous-cutanées de citrulline (2 centigrammes en deux fois) contre le météorisme des ovariotomisées, par Otto Ihle. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 219, 11 mars.)

Oxygène. — De l'utilité de l'oxygène en chirurgie, par Wallian. (*Internat. Journ. of surgery*, p. 107, mai.)

P

Palais. — Innervation des muscles du voile du palais, par Turner. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Résultats de l'opération de la division congénitale du palais chez l'adulte, par Julius Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 183, 4 mars.) — Uvulite aiguë œdémateuse, par Dudley Morgan. (*N. York med. Record,* 22 juin.) — Deux cas de mycose de la voûte palatine, par Siebenmann. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, 4.) — Fibromyxome du voile du palais et de l'isthme, incision externe, énucléation, guérison, par M' Leod. (*Lancet,* 13 avril.)

Paludisme. — Sur la ressemblance des parasites de la malaria avec ceux de la fièvre récurrente, par Sacharoff. (*Wratsch.*, n° 1, et *Centralblatt für Bakter.*, V, n° 12.) — Fièvres intermittentes, par Léon Colin. (*Dict. encyclop. des sc. médic.*, 4e série, t. XVI.) — Sur le soi-disant bacillus malariæ, par Golgi. (*Arch. per le sc. med.*, n° 1.) — Le paludisme et la culture de la vigne aux environs de Montpellier, par Jeannel. (*Montpellier méd.*, X, 4.) — Les émanations marenmatiques, par Espagne. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 1888, n° 42.) — Recherches sur l'excrétion urinaire après les accès de fièvre intermittente, par Mossé. (*Ibid.* n° 5.) — Glycosurie ou polyurie dans le paludisme, par Mossé. (*Ibid.*, 1888, n° 42.) — Fièvre palustre à détermination pneumatique, par Pageault. (*Thèse Montpellier,* n° 29.) — Orchite paludéenne primitive comme manifestation hâtive de l'impaludisme, par Malinas. (*Arch. méd. milit.*, mai, p. 361.)

Pancréas. — Développement du pancréas chez les poissons osseux, par E. Laguesse. (*Soc. biologie,* 18 mai.) — Kyste pancréatique, laparotomie, guérison, par Annandale. (*Brit. med. Journ.*, 8 juin.) — Transformation graisseuse du pancréas, par Pilliet. (*Soc. anat.*, p. 245.) — Cancer du pancréas avec généralisation à l'omoplate et au foie, par Isch-Wall. (*Soc. anat.,* p. 330.) — Cancer du pancréas, par D. Aigre. (*Soc. anat.*, p. 253.)

Pansement. — De la suppression du drainage dans le pansement des plaies chirurgicales, par Schwartz. (*Rev. génér. de clin.*, 30 mai.) — Des opérations sèches, par Landerer. (18e *Cong. chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 29.) — De la réunion sans drainage, par Chaput. (*Semaine méd.*, 22 mai.) —

Du drainage dans le traitement des plaies, par WEEKS. (*Americ. surg. Assoc.*, 15 mai.) — Fixation des tampons de pansements par des plis cutanés, par MADELUNG. (*Cent. f. Chir.*, n° 46, 1888.) — Des tampons aseptiques résorbables, par THIEM. (18e *Cong. chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Le spray phéniqué en chirurgie, par FLAMENT. (*Thèse Montpellier,* nov. 88.) — De quelques usages de la boroglycéride, par ROBERT MORRIS. (*Internat. journ. of surgery*, oct. 1888, n° 4, p. 201.) — Du naphtol camphré et de son emploi en chirurgie, par POUILLOT. (*Thèse de Paris,* 23 juillet.)

Papillome. — Papillome congénital névropathique, par WHERRY. (*Practitioner*, mai.)

Paralysie. — Paralysie par épuisement, par SUCKLING. (*Lancet,* 23 mars.) — Paralysie musculaire pseudo-hypertrophique chez 4 frères, par NICHOLSON, (*Lancet*, 1er juin.) — Des paralysies faciales d'origine pétreuse, par GUILLOT. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Trois cas d'hémiplégie chez des jeunes, par BATBEDAT. (*Thèse Montpellier*, n° 4.)

Paralysie agitante. — Un cas de paralysie agitante à forme rare, par BENVENUTI MESSEROTTI. (*Rassegna di sc. med.*, janv.) — De la paralysie agitante, par BORGHERINI. (*Riv. sper. di freniat*, XV, 1.) — Paralysie agitante ancienne datant de quatre ans, amélioration considérable par l'action des miroirs rotatifs, par LUYS et GAUCHER. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 mars.)

Paralysie générale. — De l'étiologie de la paralysie générale, par EVRARD. (*Thèse de Paris,* 23 juillet.) — Sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis, par RÉGIS. (*Gaz. méd. de Paris*, 30 juin 1888.) — Sur l'excrétion urinaire dans la paralysie générale, par MOSSÉ et BANAL. (*Rev. de méd.,* juillet.) — Paralysie générale progressive et traumatisme périphérique, par LEPPMANN. (*Breslauer aerztl. Zeit.*, 11 mai.) — Sur la paralysie générale spéciale à marche rapide curable, par FARINES. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Deux cas de paralysie générale, avec autopsie, chez des imbéciles, par ARNAUD. (*Ann. méd. psych.*, nov. 1888.) — La paralysie générale est-elle fatalement une maladie incurable, par MORTIMER. (*Lancet*, 16 mars.)

Parole. — La parole réflexe ou automatique, par ROBERTSON. (*Journ. of mental sc.*, avril 1888.) — La surdité et la cécité verbale, par BATEMAN. (*Arch. de neurol.*, mars.)

Parotide. — Les nerfs excito-sécrétoires de la parotide chez le cheval, le mouton et le porc, par MOUSSU. (*Soc. biologie*, 18 mai.) — Myxosarcome kystique de la région parotidienne, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 2 juillet.)

Pathologie. — L'examen physique des organes internes, par RIESS. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 1 et 2.)

Paupière. — Emphysème traumatique des paupières, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôp.*, 6 juin.) — Un procédé de blépharoplastie applicable aux cas où les procédés connus ne peuvent suffire, par DIANOUX. (*Acad. des sc.*, 3 juin.) — De la blépharoplastie à pont, par GUILLON. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Du traitement de l'entropion par les ligatures verticales à bascule, par DARIER. (*Soc. d'ophtalm.*, 4 juin.)

Peau. — Manuel du diagnostic et du traitement des maladies de la peau, par VAN HARLINGEN. (In-8°, p. 410, *Philadelphie.*) — Le premier congrès triennal de la clinique dermo-syphilopathique de Pise, par DEL CHIAPPA. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 2.) — Casuistique et diagnostic photographique des maladies de la peau, par VAN HAREN NOMAN. (In-8°, *Bruxelles.*) — In-

fluence de l'occupation sur les maladies de peau, par Foley. (*Journ. of cutan. Dis.*, mai.) — Des dermatoneuroses indicatrices, par Leloir. (*Ann. de dermat.*, X, 5.) — De l'œdème non inflammatoire de la peau, par Unna. (*Monast. f. prakt. Dermat.*, VIII, nº 10.) — Un cas de kératose folliculaire, par White. (*Journ. of. cutan. dis.*, juin.) — Tricophytiase dermique, par Campana. (*Viertelj. f. Dermat.*, XXI, 1.) — Cancer squirrheux primitif de la peau, par Wecker. (*Lancet*, 16 mars.) — Galvanisme dans le traitement des maladies de la peau, par Wessinger. (*Journ. of. cutan. dis.*, juillet.) — L'acide picrique dans les dermatoses, par Calvelli. (*Gaz. d. Ospit.*, nº 8.)

Pellagre. — De la pellagre, par Takacs. (*Orvosi Hetilap*, nº 17.)

Pemphigus. — Pemphigus arthritique de Bazin, par Hallopeau. (*Ann. de dermat.*, X, nº 6, p. 563.) — Du pemphigus végétant, par Marianelli. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 2.) — Pemphigus de la peau, de la muqueuse buccale et de la conjonctive, par Morris et Roberts. (*Monast. f. prakt. Dermat.*, VIII, nº 10.) — Pemphigus survenu 5 fois à la suite d'administration de rhubarbe, par Litten. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 145, 18 février.)

Peptone. — Valeur nutritive des peptones d'Autweiler, par J. Munk. (*Deutsche med. Woch.*, nº 2, p. 26.)

Peptonurie. — La peptonurie, par Raymond. (*Gaz. des hôp.*, 6 juillet.) — De la peptonurie, par O. Brieger. (*Inaug. Diss. Breslau*, 1888.)

Péritoine. — Péritonite aiguë par perforation, laparotomie, par Bondet. (*Province méd.*, 20 avril.) — Tuberculose mésentérique congénitale et abcès sous-diaphragmatique, par Noble. (*Americ. journ. of med. sc.*, juillet.) — Péritonite tuberculeuse aiguë, par Tison. (*Soc. anat.*, p. 388.) — Sur un cas rare de perforation intestinale chez un sujet atteint de péritonite chronique tuberculeuse, par Lipari. (*Gaz. med. di Torino*, nº 1.) — Intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse, par Maurange. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Du traitement opératoire de la péritonite par perforation, par Mikulicz. (18ᵉ *Cong. chir. allem.*, avril.) — Ouverture d'hydrocèles dans la cavité péritonéale, par J. Daudé. (*Montpellier med.*, X, 4.) — De l'importance des épanchements péritonéaux dans les opérations abdominales et dans les péritonites, par Lawford Knaggs. (*Guy's hosp. Rep.*, XLV, p. 405.) — Sarcome de l'épiploon, par Molard. (*Lyon méd.*, p. 194, 9 juin.) — Un cas de perforation de la paroi utérine et du rectum par un sarcome du mésentère, par Kahn. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 1.)

Pharmacologie. — Principes immédiats et plantes médicales, par Regnauld. (*Semaine méd.*, 5 juin.) — Sur les produits odorants chez les rosiers, par Blondel. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Action comparative de l'essence de fenouil et de l'essence d'anis, par Cadéac et Meunier. (*Lyon méd.*, 7 juillet.) — L'ouabaco, poison des Somalis, matière médicale, botanique, par Cathelineau. (*Thèse de pharm. Paris.*) — Histoire chimique et physiologique de la morphine, altérations des solutions aqueuses, transformation de la morphine dans l'organisme, par Lamal. (*Bull. acad. de méd. Belgique*, sept. 1888.) — Le téli, poison d'épreuve de la côte occidentale, par Michoud. (*Thèse Montpellier*, nº 37.) — Etude médico-légale du colchique et de la colchicine, par Dezille. (*Thèse de Paris*, 13 juin.) — Action physiologique de la coronilline, par Schlagdenhaufen et Gley. (*Soc. Biologie*, 20 avril.) — Action de l'éphédrine et de la pseudo-éphédrine, nouveaux mydriatiques, par de Wreise. (*Gaz. d. Ospit.*, nº 14.) — La

chimaphila umbellata, son action diurétique, par ABET. (*Thèse de Paris*, 28 juin.) — Toxicité du cyanure d'éthyle, par LAPICQUE. (*Soc. biologie*, 30 mars.) — Iode, par CH. ELOY. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XVI.) — Iodisme, par A. PIGNOT. (*Ibid.*, 4e série, t. XVI.) — Des effets désagréables du sulfonal, par GRIFFITH. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — L'huile de foie de morue et ses succédanés, par CHÉRON. (*Union médicale*, 23 mai.) — Les effets physiologiques du chrome, par PANDER. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 8.) — De l'action thérapeutique et des applications de la créoline, par LEBOVICZ. (*Rev. gén. de clin.*, 11 juillet.) — De la pyrodine, par G. LEMOINE. (*Soc. biologie*, 4 mai.) — Etude sur la lanoline, par DUDLEY-TAIT. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Sur les phénacétines, par GAIFFE. (*Bull. gén. thérap.*, 30 juillet 1888.) — De la paracétophénétidine, par PERSE et ASSANTO. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 2.) — Thiol et ichthyol, par LANGE. (*Monast. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 1.) — Effets toxiques du nitrobenzol, par WHITE. (*Practitioner*, juillet.) — Causticité variable de l'acide phénique selon ses dissolvants, par CARLES. (*Journ. de pharm.*, 1er mai.)

Pharynx. — Notes sur le pharynx des mammifères, recherches sur l'épiglotte, par BOWLES. (*Journ. of Anat.*, juillet.) — Quelques manifestations de la lithémie sur les voies aériennes supérieures, par HINKEL. (*Americ. laryng. Assoc.*, 1er juin.) — Affections chroniques de la gorge d'origine rhumatismale, par THORNER. (*Ohio state med. Soc.*, 22 mai.) — Rapports intimes des affections chroniques des voies aériennes supérieures et de la neurasthénie, par DALY. (*Americ. laryng. Assoc.*, 30 mai.) — Quelques notes sur la pathologie et le traitement des maladies du pharynx nasal, par NOLAND MACKENZIE. (*Americ. laryng. Assoc.*, 30 mai.) — De l'écouvillonnage du pharynx rétro-nasal, nouvel instrument, par GELLÉ. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — Recherches sur l'état connu comme hypertrophie ordinaire de la voûte du pharynx et des méthodes d'extirpation, par DELAVAN. (*Americ. laryng. Assoc.*, 30 mai.) — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal par LUBET-BARBON. (*Gaz. des hôp.*, 15 juin.) — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par SCHWENDT. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 81, 1er février.) — Note sur la morphologie et le traitement du mycosis pharyngien, par GORIS. (*Rev. de laryng.*, 15 mai.) — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par MAJOR. (*Montreal med. chir. Soc.*, 17 mai.) — Méningite tuberculeuse consécutive à un foyer tuberculeux de l'amygdale pharyngée, avec envahissement de la voûte osseuse du pharynx, par ROTH. (*Corresp.-blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 81, 1er février.) — Gomme du pharynx suppurée, guérie par le traitement spécifique, par HISCHMANN. (*Ann. mal. de l'oreille*, juin.) — Plaie par armes à feu ; fistule pharyngée consécutive, par BRIGNONE. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 20.) — Tumeur fibreuse du pharynx, trachéotomie préliminaire, pharyngotomie, ablation par l'écraseur, mort d'hémorragie secondaire le 4e jour, par M'LEOD. (*Lancet*, 23 mars.) — Trois cas de polypes nasopharyngiens enlevés après section de la narine, par M'LEOD. (*Lancet*, 25 mai.)

Phlegmon. — Phlegmon et adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire, par EYSSAUTIER. (*Dauphiné médic.*, avril, n° 4.)

Photographie. — La photochronographie et ses applications à l'analyse des phénomènes physiologiques, par MAREY. (*Arch. de phys.*, n° 3.)

Physiologie. — Des rapports entre la structure chimique et l'action physiologique, par BRUNTON. (*Lancet*, 15 juin.) — Exercice pratique de physiologie, par AUBERT. (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XLV, p. 195.) — Procédés de technique physiologique. Diapasons mis en action par des courants d'air ou d'eau, par R. EWALD. (*Ibid.*, XLIV, p. 555.)

Pied. — De la chirurgie conservatrice du pied et de l'ablation préalable de l'astragale dans les résections tibio-tarsiennes pour ostéoarthrite suppurée, par OLLIER. (*Acad. des sc.*, 13 mai.) — Orteil en marteau, par HASLAM. (*Lancet*, 25 mai.) — Ulcère perforant du pied, par WESSINGER. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Du meilleur traitement des déformations congénitales du pied, par J. DESCHAMPS. (In-8°, *Paris*.) — Leçons sur le pied bot, par KIRMISSON. (*Union médicale*, 23 mars.) — Double pied bot varus équin, par J. E. MOORE. (*Internat. journ. of surgery*, p. 53, mars.) — Extirpation de l'astragale dans le pied bot, par MARTIN. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Traitement du pied bot, par MORTON. (*Med. News.*, 18 mai.) — Traitement efficace du pied bot chez l'adulte par le bandage portatif au silicate de magnésie, par JULIUS WOLFF. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 153, 25 février.)

Pityriasis. — Pityriasis rosé de Gibert, dilatation de l'estomac, par FEULARD. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 459.) — Pityriasis pilaire, par VIDAL. (*Ibid.*, X, n° 5, p. 453.) — Pityriasis rubra pilaris, par HALLOPEAU. (*Ibid.*, X, 4, p. 342.) — Pityriasis rosé de Gibert, par BESNIER. (*Ibid.*, X, 4, p. 388.) — Observation pour servir à l'histoire clinique du pityriasis rubra pilaris, par BESNIER. (*Ibid.*, X, 4.) — Sur le pityriasis rosé de Gibert, par MOINGEARD. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Placenta. — De la genèse du placenta chez le lapin, par MASIUS. (*Arch. de biol.*, IX, 1.) — Passage des virus à travers le placenta, par DEMATEIS. (*Cent. f. Bakter.*, V, n° 23.) — De la rétention du placenta consécutive au resserrement de l'anneau de contraction, par FREUND. (*Zeitschr für Geb. und Gyn.*, XVI, 1.) — Anatomie pathologique, symptômes et traitement des adhérences du placenta, par BERRY HART. (*Edinb. med. Journ.*, mars.) — Des causes de la rétention placentaire, par AHLFELD. (*Zeit. f. Geburts.*, XVI, 2.) — Diagnostic du placenta prævia par la palpation de l'abdomen, par SPENCER. (*Obst. of London*, 5 juin.) — Insertion vicieuse centrale du placenta, accouchement forcé, par STRAEHL. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 88, 1[er] février.) — De l'hémorragie dans le cas de placenta prævia après la mort du fœtus, par PANDELY. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Placenta prævia dans 5 grossesses consécutives, par FITZPATRICK. (*Lancet*, 6 avril.)

Plaie. — Plaies par ratissage, par RYCKEWAERT. (*Thèse de Paris*, 26 juin.)

Plèvre. — Des signes physiques de la pleurésie et de leur valeur séméiologique, par HUE. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — La fluctuation thoracique tangible dans la pleurésie exsudative, par VANNI. (*Sperimentale*, juin.) — Sur un moyen de démontrer la mobilité des exsudats pleurétiques dans le changement de position, par STRAUCH. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXVI, Heft 3.) — Les pleurésies métapneumoniques, par CHÉRON. (*Union médicale*, 11 avril.) — Indications et contre-indications de la thoracentèse, par DIEULAFOY. (*Semaine méd.*, 24 juillet.) — Traitement de la pleurésie par le salicylate de soude et le salol, par DRZEWIECKI. (*N. York med. Record*, 25 août 1888.) — Traitement des exsudats pleurétiques par les manœuvres pneumatiques, par LAVA. (*Gaz. med. di Torino*, n° 4.) — Diagnostic et traitement des pleurésies purulentes, par EWALD et G. HAHN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 144, 18 février.) — De la pleurésie interlobaire suppurée, symptômes, diagnostic, traitement, pneumotomie, par PAILHAS. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — De l'empyème putride enkysté, par BONNENFANT. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Pleurésie droite et pneumonie consécutive avec reins kystiques et granulations noires fibreuses de la plèvre, par E. TISON. (*Soc. anat.*, p. 391.) — Empyème fétide, ablation d'un fragment de côte, lavages, guérison, par MAYLARD. (*Brit. med. Journ.*, 13 juillet.) —

Sur les indications opératoires dans l'empyème chronique fistuleux, par DEFONTAINE. (*Rev. de chir.*, juin.) — Opération d'Estlander, par LIÉNARD. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Pneumonie, puis pleurésie purulente gauches. Rupture dans les poumons, thoracotomie postérieure avec résection costale, guérison, par MORF. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 165, 25 février.) — Pleurésie, empyème, fistule persistante, résection de 4 côtes, guerison, par DUFOURNIER. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Pleurésie purulente gauche, thoracentèses répétées, empyème dans le dixième espace intercostal, guérison, par DAVEZAC. (*Journ. de médec. Bordeaux*, 19 mai.)

Poil. — Alopécie par grattage, par HALLOPEAU. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 440.) — Trichorrexis nodosa, par HALLOPEAU. (*Ibid.*, X, 4, p. 326.) — Des procédés électrolytiques pour l'épilation et des opérations analogues, par MORTON PRINCE. (*Americ. journ. of the med. sc.*, mai, p. 479.) — Le traitement de l'hypertrichose, par JAMISON. (*Practitioner*, juillet.)

Poumon. — Poumons : anatomie et physiologie, par MARC SÉE ; pathologie, par E. BARIÉ. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVII.) — Ventilation pulmonaire chez les hibernants, par RAPHAEL DUBOIS. (*Soc. biologie*, 1er avril.) — Ventilation pulmonaire, par LANGLOIS et CH. RICHET. (*Ibid.*, 20 avril.) — Sur la résorption des éléments corpusculaires par le poumon et la plèvre, par W. FLEINER. (*Arch. f. path. Anat. und. Physiol.*, CXII, 1 et 2.) — Recherches bactériologiques sur l'étiologie de la pneumonie aiguë, par FERRARO. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 2.) — Étiologie de la pneumonie contagieuse du cheval, par CADÉAC. (*Soc. biologie*, 20 avril.) — Sur une épidémie de pneumonie caractérisée par la fréquence de la pneumonie migratrice, par RALL. (*Med. Corresp. Blatt. des Württ. ärztl. Landesvereins*, 1888, et *Centralbl. f. kl. Med.*, 12 janvier.) — L'étiologie de la pneumonie franche, par SLOSSE. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 20 avril.) — De la pneumonie au point de vue de la contagion, par CROUIGNEAU. (*Soc. de méd. prat.*, 23 mai.) — Etude d'étiologie et de clinique bactériologique de la pneumonie croupale, par ARUSTAMOFF. (*Voïenno med. Shurn.*, fév.) — De l'étiologie de la pneumonie typhique, par ARUSTAMOFF. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 3.) — De l'infection pneumonique, diagnostic et indications thérapeutiques générales des endocardites et des méningites à pneumocoques, par ELOY. (*Rev. gén. de clin.*, 4 juillet.) — Diagnostic de la pneumonie aiguë, par SYMPSON. (*Practitioner*, juillet.) — Des anomalies du type febrile dans la pneumonie fibrineuse, par BERTRAND. (*Rev. de méd.*, juillet.) — De la pneumonie lobulaire embolique, par SATTERTHWAITE. (*Med. News.*, 13 avril.) — Observation de splénopneumonie, par DEVIVILLE. (*Union médicale*, 24 mars.) — La pneumonie érysipélateuse, par CIPRIANI. (*Spallanzani*, fasc. 2.) — De la pneumonie pendant la grossesse, au point de vue de ses conséquences pour la mère et pour l'enfant, par WALLICH. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Pneumonie aiguë chez deux frères, rétention d'urine chez les deux, par JOHNSON. (*Lancet*, 29 juin.) — Note sur un cas de paralysie pneumonique, par FORTIN. (*Normandie médic.*, 1er mai.) — Emphysème sous-cutané dans le cours d'une pneumonie franche, par HUCHARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 avril.) — Toxicité des urines chez les pneumoniques, par R. LÉPINE. (*Soc. biologie*, 20 avril.) — Matières extractives et toxicité de l'urine dans la pneumonie, par ROGER et GAUME. (*Soc. biologie*, 4 mai.) — Etude expérimentale de l'œdème pulmonaire aigu généralisé, par GROSSMANN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 1 et 2.) — Arthrite expérimentale par virus pneumonique, par GABBI. (*Sperimentale*, mai.) — Abcès du poumon, simples, non tuberculeux, par SEABURY JONES. (*N. York Acad. of med.*, 19 fév.) — Abcès gangreneux du poumon, incision, drainage, guérison, par SMITH. (*Lancet*, 20 juillet.) — Gangrène

du poumon consécutive à une pneumonie aiguë, guérison, par Squire. (*Lancet*, 20 juillet.) — La saignée dans la pneumonie, par Catola. (*Sperimentale*, juin.) — La pneumonie peut-elle être enrayée par l'antipyrine, par Counsell. (*Lancet*, 13 avril.) — La pneumonie peut-elle être enrayée par l'antipyrine, par Beyer. (*Med. News.*, 15 juin.) — Pneumonies traitées par l'association de l'ergotine, du quinquina et des révulsifs, par Kirchberg. (*Gaz. des hôp.*, 27 juin.) — Expectoration d'un calcul pulmonaire de carbonate calcaire, par A. Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 192, 4 mars.) — Hernie du poumon, fracture de 7 côtes sans plaie, par Desprès. (*Gaz. des hôp.*, 16 juillet.) — Sur les hernies spontanées du poumon chez l'adulte, par P. Strubling. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXVI, Heft 1-2.) — Pneumothorax consécutif à une fracture de côtes, par Turner. (*Lancet*, 9 mars.) — Blessure du poumon par une aiguille à tricoter, emphysème et pneumothorax, mort, par Wigmore. (*Lancet*, 25 mai.)

Prostate. — Prostate (pathologie), par E. Desnos. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVII.) — Hypertrophie de la prostate. Rétention d'urine. Fausses routes multiples. Possibilité de l'extirpation des lobes latéraux hypertrophiés, par Delagénière. (*Soc. anat.*, p. 243.) — Extirpation de la prostate pour les tumeurs malignes, par Stein. (18e *Cong. chir. allem.*, avril.) — Prostatectomie sus-pubienne, par Browne. (*Clin. soc. of London*, 10 mai.) — Hypertrophie considérable du lobe moyen de la prostate, excision, mort, par Arbuthnot Lane. (*Lancet*, 27 avril.)

Psoriasis. — Psoriasis atypique ayant son siège sur le dos des mains, par Fournier. (*Ann. de dermat.*, X, 4, p. 331.) — Psoriasis, par E. Chambard. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVII.) — Traitement du psoriasis, par Fournier. (*Gaz. des hôp.* 18 juillet.) — Traitement du psoriasis par les hautes doses d'iodure de potassium, par Luciani. (*Sperimentale*, avril.) — Action de l'iodure de potassium à très haute dose sur l'organisme; de son emploi dans le traitement du psoriasis, par de Molènes. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — De l'efficacité de l'iodure de potassium dans le traitement du psoriasis invétéré, par Barduzzi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 17.) — Traitement du psoriasis par le chlorhydrate d'hydroxylamine, par Fabry. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 2.)

Psychose. — De l'hypocondrie chez la femme, par Mendel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 192, 4 mars.) — Des influences psychiques dans l'étiologie des états morbides, par A.-L. Cureau. (*Thèse de Bordeaux*, n° 25.) — Du traitement gynécologique des psychoses par Mercklin. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 4 mai.)

Ptomaïne. — Empoisonnement mortel par les ptomaïnes, viande de porc, par Chittick. (*Americ. Lancet*, juin.) — Contribution à l'étude chimique de la mytilotoxine, avec des remarques sur les ptomaïnes et les toxines, par L. Brieger. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 3.) — Ptomaïnes, par G. Pouchet. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVII.)

Puerpéral (État). — Infection puerpérale et phlegmatia alba dolens, par Widal. (*Gaz. des hôp.*, 30 mai.) — Fièvre septique puerpérale sans lésions importantes, par Leigh. (*Lancet*, 11 mai.) — La prophylaxie de la fièvre puerpérale, par Jaggard. (*Journ. of americ. Assoc.*, 2 mars, p. 289.) — Statistique de la fièvre puerpérale, par Ehler. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVI, 2.) — Traitement de l'infection puerpérale, par Runge. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1.)

Purpura. — Purpura hémorragique chez un enfant, par Hallopeau. (*Ann.

de dermat., X, 4, p. 325.) — Purpura, par A. Mathieu. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVII.) — Sur le purpura rhumatoïde névropathique, par Gaume. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Traitement du purpura par le nitrate d'argent, par Poulet. (*Bull. gén. de thér.*, 30 mai.)

Putréfaction. — De la putréfaction, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 2 juillet.)

Pyohémie. — Deux cas de pyohémie chez des jeunes nourrissons, par A. Baginsky. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 3.)

Q

Quinine. — Formes rares et graves du cinchonisme, par Atkinson. (*Amer. med. Assoc.*, 25 juin.) — Quinine dans les inflammations pulmonaires, par Atkinson. (*Practitioner*, juin.)

R

Rachis. — Les anomalies numériques de la colonne vertébrale, par Testut. (*Province méd.*, 20 avril.) — Scoliose intense chez un homme de 40 ans, mort par hypertrophie et dilatation de cœur droit, par Wilh Schulthess. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 175, 15 mars.) — Traitement des maladies du rachis par les procédés mécaniques, corsets et appareils, par Milton J. Roberts. (*Intern. Journ. of surgery*, n° 4, p. 207, octobre 1888.) — Nouvelle méthode de traitement de la scoliose, par Wolfermann. (*Cent. f. Chir.*, n° 42, 1888.) — Traitement de la scoliose, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 24, 1888.) — Traitement des déviations latérales du rachis, par Roth. (In-8°, *Londres*.) — Quelques considérations sur le traitement du mal de Pott, par Iscovesco. (*Ann. de la tubercul.*, I, n° 1.) — Carie vertébrale à la suite d'une chute de cheval. Abcès par congestion dans l'aine droite. Incision. Mort par épuisement, par Morf. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 140, 18 fév.) — Carie des vertèbres cervicales. Fusée purulente dans le canal vertébral. Compression de la moelle. Mort par paralysie pulmonaire, par Morf. (*Ibid.*, p. 138, 18 février.) — Nécrose aiguë de l'arc postérieur de l'atlas avec abcès, issue de liquide cérébro-rachidien, méningite et septicémie, par Lucas. (*Lancet*, 4 mai.) — Guérison d'une fracture des vertèbres cervicales, par Sonnenburg. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 janv.) — Chirurgie des fractures du rachis, par Bayer. (*Prager med. Wochens.*, 15 mai.) — Recherches expérimentales sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale, par J. Ménard. (*Bull. Soc. anat.*, p. 208.) — Curabilité des fractures du rachis cervical, et de la possibilité d'explorer par la bouche la 3e vertèbre du cou, par von Bergmann, Waldeyer, Sonnenburg. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 260, 25 mars.) — Hydrorachis, par Rohmer. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XIV.)

Rage. — Recherches sur la rage, par Protopopoff. (*Cent. f. Bakter.*, V, n° 22.) — Rapport au Comité consultatif d'hygiène sur la prophylaxie de la rage canine et la réglementation applicable, par Chauveau. (*Ann. d'hyg.*, XX, p. 262.) — Sur la méthode de prophylaxie de la rage après morsure, par Pasteur. (*Acad. des sc.*, 17 juin.) — De la résistance du virus rabique, par Novi. (*Bull. d. sc. med.*, janv.) — Nouvelles recherches sur la rage, par di Vestea et Zagari. (*Giorn. intern. di sc. med.*, fév.) — Recherches

sur la propagation du virus rabique par les nerfs, par Babes. (*Fortsch. d. Med.*, VII, nº 13.) — Note sur un cas de rage inutilement traité par les inoculations à l'Institut Pasteur, par Gérin Roze. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 mars.)

Rate. — Des abcès de la rate dans les maladies infectieuses et particulièrement la malaria, par Fassina. (*Thèse de Paris*, 22 mai.) — Un cas de splénectomie, par Spencer Wells; histoire de la maladie, par Mac Call; examen du sang un an plus tard, par Drechfeld. (*Brit. med. Journ.*, 13 juill.)

Rectum. — De l'atonie de l'ampoule rectale et des sphincters. Etiologie, symptômes et traitement, par W. Bodenhamer. (*New York med. record.*, p. 372, 6 avril.) — Du prolapsus du rectum, par Menne. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Un cas de périproctite gangreneuse idiopathique, par Bonvecchiato. (*Raccoglitore med.*, nº 2.) — Des rétrécissements congénitaux du rectum, par Couty. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Proctotomie pour affection maligne, par Stonham. (*Lancet*, 30 mars.) — Epithélioma circulaire de la partie moyenne du rectum, résection, guérison, par Terrier. (*Progrès médical*, 6 avril.)

Réflexe. — Valeur diagnostique des réflexes, par Sharkey. (*Lancet*, 22 juin.)

Rein. — Rapports du rein et son exploration chirurgicale, par Récamier. (*Thèse de Paris*, 22 mai.) — Note sur l'exploration de l'uretère par le toucher vaginal et le toucher rectal, par Plicque. (*Progrès méd.*, 30 mars.) — Sur une auto-intoxication d'origine rénale, avec élévation de la température et dyspnée, par Lépine. (*Acad. des sc.*, 13 mai, et *Rev. de médec.*, juin.) — Ectopie congénitale des deux reins, par Potherat et Mordret. (*Soc. anat.*, p. 124.) — Note sur un cas d'anomalie des vaisseaux et du canal excréteur du rein, par Sébileau et Modiano. (*Ibid.*, p. 178.) — Rein double en fer à cheval, par Thiercelin. (*Ibid.*, p. 193.) — Absence du rein gauche; utérus et vagin rudimentaires, par Paul Bezançon. (*Ibid.*, p. 347.) — Pyélo-néphrite suppurée consécutive à l'oblitération d'un uretère par une cicatrice résultant d'un abcès pelvien, par Leroy Brown. (*New York med. record*, p. 285, 16 mars.) — Tuberculose du rein droit et de l'uretère correspondant. Imperméabilité de l'uretère, par A. Bonneau. (*Soc. anat.*, p. 262.) — Les premiers signes de la néphrite interstitielle, par Bouveret. (*Province méd.*, 18 mai.) — Urétro-pyélite ancienne, par Pilliet. (*Ibid.*, p. 379.) — Néphrite dans la toux convulsive, par Mircoli. (*Gaz. d'Ospit.*, nº 4.) — Considérations générales sur les maladies des reins. Essai de pathogénie générale des néphrites, par Brousse. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, nº 16, 1888.) — De la maladie de Bright, de la cryesthésie brightique, par Dunac. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Leçons sur la maladie de Bright, par Saundby. (In-8º, *Bristol.*) — De la maladie de Bright et de son traitement, par Henry. (*Med. News*, 4 mai.) — Du mal de Bright chronique et de ses rapports avec la folie, par Christian. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 397, 23 mars.) — Anurie guérie par l'ablation d'un calcul engagé dans l'uretère, par Kirkham. (*Lancet*, 16 mars.) — Calculs volumineux du rein expulsés spontanément par un vieillard atteint de cystite chronique, par Mossé et Guibert. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 17.) — Hydronéphrose et atrophie rénale résultant de troubles de la miction, par Edes. (*Amer. med. Assoc.*, 25 juin.) — Double hydronéphrose congénitale, autopsie, par Barrs. (*Lancet*, 18 mai.) — Suture des uretères, par Tuffier. (*Soc. anat.*, p. 182.) — Incisions de l'uretère, par Tuffier. (*Ibid.*, p. 93.) — Hydronéphrose du rein droit consécutive à la compression de l'uretère par un ostéosarcome du bassin, par F. de Grandmaison. (*Ibid.*, p. 351.) — Observation d'hydronéphrose, opération, par Branfoot. (*Brit. med. Journ.*, 19 janv.) — Néphrorraphie, par Kholodenko. (*Thèse de Paris*, 26 juill.) — Néphror-

raphie dans la région lombaire gauche pour un rein flottant, hypertrophié et très douloureux, par Terrillon. (*Bull. Acad. de méd.*, 9 avril.) — Néphrorraphie pour rein flottant, guérison, par Keen. (*Med. News*, 20 avril.) — De la néphrorraphie, par Heydenreich. (*Semaine médic.*, 10 juillet.) — Néphrorraphie expérimentale, par Tuffier. (*Soc. anat.*, p. 70.) — Division de la capsule du rein pour la guérison de la néphralgie, par Mac Lane Tiffany. (*Amer. surg. Assoc.*, 15 mai.) — Observation de chirurgie rénale, par Barker. (*Lancet*, 2 mars.) — Observation d'anurie calculeuse, suivie de quelques remarques sur les procédés de diagnostic et de thérapeutique chirurgicale mis actuellement à la disposition du praticien en pareil cas, par Pousson. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 19 mai.) — Néphrotomie, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 1.) — Deux cas de néphrotomie par blessure opératoire du bassinet et pour pyonéphrose, par Schmidt. (18e *Cong. chir. allem.*, avril.) — Néphrectomie pour hydropyonéphrose, par Audry. (*Lyon méd.*, 21 juillet.) — Néphrectomie pour cancer du rein droit, guérison, par Homans. (*Amer. surg. Assoc.*, 16 mai.) — Néphrectomie pour un rein en fer à cheval dont l'une des moitiés était atteinte d'hydronéphrose, par Socin. (*Ann. mal. org. urin.*, juin.) — Tumeur du rein, par de Saint-Germain. (*Soc. anat.*, p. 132.) — Artério-sclérose et néphrite interstitielle ancienne. Adénomes du rein et de l'intestin, par Girode. (*Ibid.*, p. 65.) — Rein calculeux, néphrectomie, par Vignerot. (*Ibid.*, p. 358.) — Troisième cas d'adénome de la capsule surrénale, par A. Pilliet. (*Ibid.*, p. 422.) — Deux cas de kyste du tronc adipeux du rein, par Rivalta. (*Arch. per le sc. med.*, n° 1.) — Note sur la dégénérescence graisseuse de la capsule surrénale, par Letulle. (*Soc. anat.*, p. 264.) — Sclérose et adénome de la capsule surrénale, par A. Pilliet. (*Ibid.*, p. 199.)

Résection. — De la résection dans l'ostéomyélite et spécialement dans les nécroses diaphysaires, par Gérard Marchant. (*Soc. anat.*, p. 139.) — Résection de la clavicule droite pour un sarcome sous-périostique, par Jessett. (*Lancet*, 8 juin.) — Arthrectomie pour résection du coude pour tumeur blanche, par Kroenlein. (*Corr.-bl. f. schweizer Aerzte*, p. 149, 1er mars.) — Procédé de résection du poignet, par Thompson. (*Brit. med. journ.*, 20 juillet.) — Du traitement et des soins consécutifs des résections de la hanche, par Krause. (18e *Cong. chir. allem.*, avril.) — De la résection du genou. Etude basée sur une série de 64 observations personnelles dont 47 inédites, par J. Bœckel. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er mai.) — Résection du genou, par Ollier. (*Lyon méd.*, p. 268, 23 juin.) — Résection du calcanéum, par Nancrede. (*Philad. Acad. of surgery*, 6 mai.)

Respiration. — Des échanges gazeux respiratoires dans le poumon sain et malade, par Pick. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 1 et 2.) — De la régulation de la respiration, par Head. (*Journ. of physiol.*, X, n° 3.) — Le nouveau spiromètre du professeur Fleischl, par von Marxow. (*Centr. f. Physiol.*, p. 39, 1888.) — Appareil pour la respiration artificielle, par F. Miescher. (*Ibid.*, p. 341; 1888.) — Sur les appareils servant à la respiration artificielle, par Curt Lehmann. (*Ibid.*, p. 285; 1888.) — Sur un appareil automatique simple servant à la respiration artificielle chez les animaux, par Lukjanow (*Ibid.*, p. 237; 1888.) — Sur l'appareil de Kronecker pour la respiration artificielle chez les animaux, par J. Gad. (*Ibid.*, p. 240; 1888.) — Description de l'appareil employé par M. Loewy dans ses expériences de respiration chez l'homme, par N. Zuntz. (*Arch. f. Phys.*, p. 166.) — Influence des purgatifs salins sur les échanges respiratoires de l'homme, par Loewy. (*Ibid.*, p. 167.) — Sur la respiration artificielle, par J. Rosenthal. (*Ibid.*, p. 64.) — Des rapports de la respiration avec la circulation après la section sous-bulbaire de la moelle épinière, par Wertheimer. (*Arch. de physiol.*,

nº 3, juillet.) — Sur la forme du thorax et sur le mécanisme de la respiration chez les sujets entraînés aux exercices musculaires, par Demény. (*Ibid.*, nº 3.) — Recherches sur la respiration pendant la submersion, par Dastre et Loye. (*Ibid.*, nº 3, juillet.) — Recherches montrant que la mort par inhalation du poison que contient l'air respiré n'est pas activée par les émanations de vapeurs provenant de l'urine et des matières fécales des animaux soumis à cette inhalation, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Acad. des sc.*, 24 juin.) — De la propagation des bruits respiratoires à la cavité gastrique et abdominale et de son importance diagnostique, par Gabbi. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 2.)

Rétine. — Sur les irritations intermittentes de la rétine, par Bellarminow. (*Westnik ophthalm.*, janvier.) — Du décollement rétinien, par Devillers. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.)

Rhumatisme. — Des diverses manifestations du rhumatisme dans l'enfance et à l'âge adulte, par Cheadle. (*Lancet*, 27 avril.) — Des manifestations médullaires du rhumatisme aigu, par Chevreau. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Sur un cas de rhumatisme vésical à manifestations multiples, par Brinsenstein. (*Rev. gén. de clin.*, 20 juin.) — Des nodosités rhumatismales sous-cutanées, par de la Billardière. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Des associations morbides à propos d'un cas de rhumatisme chronique compliqué d'anesthésie hystérique, par Raymond. (*Progrès médical*, 18 mai.)—Du rhumatisme de la grossesse, par Laborderie. (*Thèse Montpellier*, nº 12.) — Péliose rhumatismale, par J. Grynfeltt. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, nº 26.) — Rhumatisme articulaire généralisé et kérato-conjonctivite grave survenus à la suite d'un rhumatisme de la paume de la main, par Fage. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 12 mai.) — Tuberculose et rhumatisme articulaire chronique progressif, par Coyrard. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Valeur du rhus toxicodendron dans les affections rhumatismales, par Aulde. (*Med. News*, 20 avril.)

Rouget. — Nouvelles preuves de la transmissibilité de la pneumo-entérite aux diverses espèces animales de la ferme, par Galtier. (*Acad. des sc.*, 15 avril.)—Du rouget et de la pneumo-entérite des porcs, par Hess. (*Thiermedicinische Vorträge*, VI, fasc. I, 1888.)

Rougeole. — De la rougeole, par Tschmer. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIX, 3 et 4.) — Epidémie de rougeole dans le canton de Tuchau, par Courrent. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 1.) — Une anomalie rare de la température dans la rougeole, par Scalase. (*Riv. clin. e terap.*, févr.) — De l'isolement individuel dans la rougeole, par Richard. (*Soc. médic. des hôpit.*, 22 mars.) — Manifestations et complications buccales de la rougeole chez les enfants, par Caubet. (*Thèse de Paris*, 13 juin.) — Sur deux cas de diagnostic difficile à propos de fièvres éruptives, rougeole, par Bourdel. (*Rev. gén. de clin.*, 20 juin.)

Rubéole. — Epidémie de rubéole, par Rehn. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIX, 3 et 4.) — Note sur l'épidémie rubéolique observée dans la Drôme en 1887, par Bonnet. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 15, 1888.)

S

Salivaire (App.). — Physiologie de la sécrétion salivaire, par Langley. (*Journ. of physiol.*, X, nº 4.) — Sur les tumeurs des glandes salivaires de la mu-

queuse buccale, par Voyer. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Ablation d'un calcul salivaire, par Browne. (*Lancet*, 25 mai.) — Calcul salivaire, par Pilliet. (*Soc. anat.*, p. 69.)

Sang. — Perfectionnements apportés à la préparation de l'hémoglobine cristallisée par le procédé de Hoppe-Seyler ; nouveau procédé de préparation de ce corps, par Mayet. (*Acad. des sc.*, 22 juillet.) — Le nombre total des globules sanguins et ses variations, par A. Gurber. (*Arch. für Physiologie*, X, p. 83. — Du passage du sang de la veine porte dans la circulation générale, ses rapports avec la toxémie, par Stockton. (*Americ. med. assoc.*, 25 juin.) — Détermination exacte de la quantité d'eau contenue dans le sang, par Gréhant et Quinquaud. (*Acad. des sc.*, 27 mai.) — Changements morphologiques, qui se passent dans le sang pendant la coagulation, par Haycraft et Carlier. (*Journ. of anat. and phys.*, XXI, juillet 1888.) — Aiguille pour prendre le sang au doigt, par Francke. (*Deutsche med. Woch* n° 2, p. 27.) — Modifications du sang dans les maladies du rein, par Lloyd Jones. (*Practitioner*, juillet.) — Note sur l'hypohématose, par Maurel. (*Arch. gén. de méd.*, juin.)

Sarcome. — Sur la nature inflammatoire du sarcome multiple de la peau, par Costa. (*Gaz. degli ospit.*, n° 11.) — Sarcome de la cuisse ; récidives ; généralisation pulmonaire, par Delaunay. (*Soc. anat.*, p. 397.) — Traitement du sarcome myélogène par l'évidement, par Krause. (18° *Cong. chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 29.)

Saturnisme. — Empoisonnement aigu par le plomb sans paralysie respiratoire, guérison, par Humphreys. (*Lancet*, 11 mai.) — Deux cas de saturnisme par le vin, par Allden. (*Lancet*, 13 avril.) — Pseudo-paralysie générale saturnine par Parelle. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

Scarlatine. — Diagnostic de la maladie de Hendon d'avec les autres maladies des vaches caractérisées par des ulcères sur les mamelles, par Klein. (*Practitioner*, juillet.) — Origine animale de la scarlatine, par Cojan. (*Thèse de Montpellier*, n° 41.) — Epidémie de scarlatine à Coppet, de septembre à décembre 1888, par L. Mercier. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, p. 153, mars.) — Hémorragies mortelles à la suite d'un bubon cervical dans la convalescence d'une scarlatine; ulcération de la muqueuse naso-pharyngienne communiquant avec un trajet fistuleux qui contourne la carotide interne et la jugulaire, par Gauthier. (*Bull. Soc. anat.*, mai, p. 357.) — Des psychoses dans la scarlatine chez les enfants, par Joachim. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIX, 3 et 4.) — Scarlatine, néphrite albumineuse, empyème pulsatile, par Edouard Martin. (*Rev. méd. Suisse romande*, IX, 72, févr.) — Pyémie consécutive à la scarlatine par Laache. (*Deut. med. Woch.*, n° 46, 1888.)

Sclérodermie. — Sclérodermie en plaque du cuir chevelu, par Fournier. (*Ann. de dermat.*, X, 4, p. 330.) — Deux cas de sclérodermie semi-annulaire avec malformations congénitales, par Leprévost. (*Gaz. méd. Paris*, 4 mai.)

Septicémie. — Sur plusieurs variétés non décrites de septicémies observées chez l'homme, par Babés. (*Journ. des connaiss. méd.*, 11 avril.) — Etude sur la septicémie, par Hoffa (18° *Cong. de chir. allem. Cent. f. Chir.*, n° 29.)

Sexe. — Recherches des lois qui président à la création des sexes, par Cleissz. (*Thèse de Paris*, 19 juin.)

Somnambulisme. — Le somnambulisme naturel, observations de somnambulisme simulé, par Catrin. (*Lyon méd.*, 28 juillet.)

Spectre. — Nouvelles méthodes spectro-photométriques, par d'Arsonval. (*Soc. biologie*, 18 mai.) — Spectro-photomètre différentiel à lunette, par d'Arsonval. (*Soc. biologie*, 18 mai.)

Spina bifida. — Deux cas de spina bifida traités par l'injection, par Bishop. (*Lancet*, 4 mai.) — Spina bifida occulte, par Barth. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 194, 4 mars.)

Sucre. — La lactose, nouvel enzyme, par Beyerinck. (*Cent. f. Bakt.*, VI, nº 2.) — Rôle physiologique du sucre de lait, par Dastre. (*Soc. biologie*. 23 février.) — Assimilation du sucre de lait, par Bourquelot et Troisier (*Ibid.*, 23 février.)

Suette. — Essai historique sur la suette miliaire, 1718-1887, par Cadot. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

Sueur. — Sueur post mortem, par Cones. (*Lancet*, 25 mai.) — De la dysidrose, par Bonnet. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Suicide. — Etude statistique sur le suicide en France, de 1827 à 1880, par Socquet. (*Ann. méd. psych.*, juillet.)

Suppuration. — Pathogénie de la suppuration, par Lemière. (*Journ. sc. méd. Lille*, 26 avril.)

Surdi-mutité. — Comment on fait parler les sourds-muets, par Goguillot. (In-8º, *Paris*.)

Synoviale. — De la nature de la synovite à grains riziformes, par Daban. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Des ganglions synoviaux, par Legros Clark. (*St-Thomas's hosp. Reports*, XVII, p. 4.)

Syphilis. — Index bibliographique de syphilographie, 2e année, par Szadek. (In-8º, 71 p. *Leipzig*.) — Une enquête sur la paternité (Colles-Baumès), par Diday. (*Union médicale*, 16 avril.) — Affaire Colles-Baumès, par Morel-Lavallée. (*Union médicale*, 16 mars.) — L'hérédité syphilitique, par Fournier. (*Bull. méd.*, 2 juin.) — Syphilis héréditaire, par Tenneson. (*Ann. de dermat.*, X, 4, p. 346.) — Des manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis héréditaire précoce, par Jacquet. (*Gaz. des hôp.*, 18 mai.) — Syphilis héréditaire tardive, épilepsie, par de Fortunet. (*Lyon méd.*, 2 juin, p. 159.) — Observations de syphilis héréditaire, par Perret. (*Lyon méd.*, p. 232, 16 juin.) — Sur la syphilis héréditaire de l'œil, par Sanguinet. (*Thèse de Paris*, 22 mai.) — Syphilis héréditaire tardive, par Hallopeau. (*Ann. de dermat.*, X, nº 5, p. 442.) — Un cas de syphilis osseuse héréditaire, par Kirmisson. (*Gaz. des hôp.*, 28 mai.) — Contribution à l'étude de la syphilis par conception, par A. J. E. Legendre. (*Thèse de Bordeaux*, nº 22.) — Syphilis et mariage, par L. Tait. (*Nottingham med. chir. Soc.*, 31 mai.) — La syphilis cause d'avortement, par Lerand. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Syphilis et alcoolisme, par Augagneur. (*Province méd.*, 27 avril.) — Syphilis vaccinale, par Morel-Lavallée. (*Union médicale*, 9 mai.) — Syphilis acquise simulant la syphilis héréditaire, par Fournier. (*Ann. de dermat.*, X, nº 6, p. 568.) — Pseudo-rachitis syphilitique, par Meneault. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Sur la fièvre syphilitique prodromique de la période secondaire, par Vialanix. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — 1º Syphilis inoculée par morsure au pouce. — 2º Syphilis par conception. Deux avortements, par Carrière. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, nº 28, 1888.) — Syphilis dénutritive secondaire, vergetures abdominales, par Coulhon. (*Gaz. des hôp.*, 21 mai.) — Sur le pronostic du chancre cé-

phalique induré, par Stourme. (*Thèse de Lyon*, n° 465.) — Syphilis secondaire à accident initial introuvable, par Besnier. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 450.) — Chancre induré de la lèvre inférieure, par Vidal. (*Ann. de dermat.*, X, 4, p. 337.) — Chancre de l'amygdale gauche chez la femme, chancre de la langue à droite chez le mari, par Vidal. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 454.) — Virulence des sécrétions normales et pathologiques chez les syphilitiques, par de Fortunet. (*Province méd.*, 23 mars.) — De l'infection syphilitique extra-génitale (bibliographie très étendue), par Pospelow. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 2.) — Lettsomian lectures sur la syphilis et le système nerveux, par Gowers. (*Lancet*, 12 janv.) — Syphilis cérébrale chez un héréditaire dégénéré, par Ramadier et Barazer. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Rapports de la syphilis cérébrale avec la paralysie générale, par Régnier. (*Rev. de méd.*, juin.) — Hydrocéphalie syphilitique congénitale, par Négrié. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 déc. 1888.) — Non-développement hérédo-syphilitique des cordons antérolatéraux de la moelle, par Gardie. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Hémiplégie syphilitique, guérison, par Pedicini. (*Progresso med.*, 1er juillet.) — Pseudo-paralysie syphilitique de Parrot, par Fournier. (*Ann. de dermat.*, X, n° 6, p. 566.) — Paraplégie syphilitique, mort, par Walker. (*Lancet*, 8 juin.) — Des myélites syphilitiques précoces, par Breteau. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Syphilomes nodulaires groupés dans tous les tissus innervés par la portion funiculaire du nerf facial droit, par Besnier. (*Ann. de dermat.*, X, 4, p. 349.) — Syphilome en nappe de la cavité buccale, par Vidal. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 458.) — Syphilis du nez et des fosses nasales, par Cozzolino. (*Riv. clin. dell' univ. di Napoli*, janv.) — Sur le chancre syphilitique de la conjonctive, par Touchaleaume. (*Thèse de Paris*, 6 juin.) — Syphilis hépatique, par Bouisson. (*Union médicale*, 9 avril.) — De la syphilis de l'intestin, par Barié. (*Rev. gén. de clin.*, 13 juin.) — Le syphilome de la vulve, par Nevins Hyde. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Erythème vacciniforme syphiloïde, par Besnier. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 443.) — Gomme de la verge simulant un chancre syphilitique, par Hallopeau. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 439.) — Lésions syphilitiques primaires au méat urinaire, par Greenough. (*Journ. of cutan. dis.*, juillet.) — D'une variété de gommes syphilitiques sous-cutanées, dites gommes en nappes, par Chabasse. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Gomme scléreuse chronique du muscle jambier antérieur ou de son aponévrose, par Fournier. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 462.) — Sclérose syphilitique initiale extra-génitale, avec très large atmosphère indurée diffuse, ayant son siège à la région sous-claviculaire gauche; roséole boutonneuse, par Besnier. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 463.) — Des arthrites syphilitiques, par Kirmisson. (*Bull. méd.* 29 mai.) — De l'arthrite syphilitique secondaire, par Cheminade. (*Gaz. hebd, sc. méd. Bordeaux*, 12 mai.) — Observation de dactylite syphilitique, par Lowndes. (*Lancet*, 23 mars.) — Gommes des muscles, par Karewski, Bramann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 261, 25 mars.) — Principes actuels de la thérapeutique de la syphilis, par Schwimmer. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 12.) — Quel est le meilleur traitement de la syphilis, par Krowczynski. (*Przeglad lekarski.*, n° 13.) — Ichthyol et syphilis, par Tommasoli. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 2.)

T

Tabac. — Action générale du tabac sur l'organisme, par Huchard. (*Bullet. méd.*, 22 mai.) — Chorée nicotinique, nicotinisme, par Galtié. (*Gaz. des

hôpit. Toulouse, 13 avril.) — Empoisonnement par la fumée de tabac, par RICHARDSON. (*Asclepiad*, mai.) — De l'usage du tabac, par FR. BOSWORTH. (*New York med. Record*, p. 318, 23 mars.)

Tact. — Développement des organes du tact, par TUCKERMANN. (*Journ. of Anat.*, juillet.)

Teigne. — Du sycosis bacillogène, par TOMMASOLI. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 11.)—Du diagnostic et du traitement des pelades, par BROCQ. (*Rev. génér. de clin.*, 20 juin.) — Pelade généralisée, par VIDAL. (*Ann. de dermat.*, X, n° 6, p. 575.) — De l'alopécie en aire et son traitement, par DUNKAN BULKLEY. (*New York med. record.*, p. 231, 2 mars.) — Une forme rare de tricophytiase, par MARZA. (*Giorn. ital. del mal. vener.*, XXIV, 2.) — Tricophytie du cou, d'origine animale probable, par FEULARD. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 349.) — Du champignon du favus, par ELSENBERG. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 2.) — Traitement du favus, par SCHUSTER. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 1.)

Température. — Recherches cliniques comparées sur le thermomètre métallique d'Immisch, sur le thermomètre à la minute avec amalgame de mercure et sur le thermomètre à mercure ordinaire, par F. VON HUEBNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 258, 25 mars,) — Recherches calorimétriques, par J. ROSENTHAL. (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, p. 1, 23 et 39.) — L'hyperthermie, les fibres musculaires et les fibres nerveuses, par MORIGGIA. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 3.)

Tendon. — Rétraction tendineuse héréditaire, par DUPIN. (*Gaz. des hôp., Toulouse*, 20 avril.) — Des ruptures incomplètes du ligament rotulien, par DUMESNIL. (*Thèse de Paris,* 5 juin.) — Rupture du tendon du biceps fémoral, par NEVE. (*Lancet*, 11 mai.) — De la suture des tendons, par GERSTER. (*Intern. Journ. of surgery*, p. 59, mars.) — Greffe de tendon, par MAYO ROBSON. (*Clin. Soc. of London*, 24 mai.)

Testicule. — Des phénomènes de division des cellules séminales primitives chez la rana temporaria, par BERTACCHINI. (*La Rassegna di scienze mediche,* mars.) — Dilatation sur le trajet des cônes efférents du testicule, par POIRIER. (*Soc. anat.*, p. 338.) — Sur les effets produits sur l'homme par l'injection sous-cutanée du liquide obtenu par écrasements des testicules d'animaux, par BROWN-SÉQUARD. (*Lancet*, 20 juillet.) — Hydrocèle, par P. RECLUS. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XIV.) — Du traitement des vaginalites, hydrocèles, pachyvaginalites, par OZENNE. (*Gaz. des hôpit.*, 22 juin.) — Une cause non décrite d'insuccès de la cure radicale de l'hydrocèle par l'injection, par NANCREDE. (*Med. News,* 18 mai.) — Cure radicale de l'hydrocèle simple par les injections d'acide phénique pur, par LABAT et LAMBERT. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode, par SPILLMANN. (*Ibid.,* 27 juillet.) — Guérison d'une hydrocèle par injection d'alcool sans réaction inflammatoire, par PRUVOST. (*Concours médic.*, 27 juillet.) — Traitement radical de l'hydrocèle, par MONOT. (*Brazil med.*, janvier.) — De l'ectopie testiculaire en retour, par CENSIER. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Observation d'affection du testicule, par BOLTON BANGS. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Maladie kystique du testicule. Castration. Récidive ganglionnaire et viscérale deux ans et quatre mois après l'opération, par JACQUES L. REVERDIN et ALBERT MAYOR. (*Bull. méd. Suisse romande*, IX. 87, févr.)—Kyste du cordon à parois calcinées, par M. ROCHÉ. (*Soc. anat.,* p. 347.)

Tétanos. — Du tétanos, par KITASATO. (18e *Cong. chir. allem. Cent. f. Chir.*,

n° 29.) — Du tétanos céphalique, insuccès des cultures, par Perret. (*Lyon médic.*, 14 juillet.)— Contracture tétaniforme généralisée, éruption d'apparence typhique, par Barrs. (*Lancet*, 12 janv.) — Un cas de tétanos traumatique avec scarlatine chirurgicale (on avait administré le chloral à hautes doses), par Schaffer. (*Deut. med. Wochens.*, n° 52, 1888.) — Tétanos et chloroforme, mort pendant l'anesthésie, par Prengrueber. (*Bull. médic.*, 3 juillet.)—Tétanos causé par l'ivresse, par Schaffer. (*Berl. klin. Woch.*, p. 146, 18 février.) — Tétanos causé par une fistule testiculaire, suite d'orchite blennorragique. Guérison, par Joseph Samter. (*Ibid.*, p. 147, 18 fév.) — Tétanos consécutif à une ovariotomie, par Johnson. (*Amer. med. Assoc.*, 26 juin.) — Trois cas de tétanos traumatique traités par de hautes doses de pilocarpine en injections sous-cutanées, par Casati. (*Gaz. d. Ospit.*, 26 mai.) — Tétanos traumatique, résection nerveuse, chloral, guérison, par Makins. (*Lancet*, 20 juillet.)

Tête. — Vibrations de la tête, par R. Ewald. (*Arch. für die gesammte Physiol.*, XLIV, p. 326.)

Thérapeutique. — De quelques nouveaux médicaments et de quelques nouvelles médications, par Leubuscher. (*Centr. f. klin. Med.*, n° 7.) — Introduction à l'étude de la thérapeutique, par Hamelin. (*Montpellier méd.*, mai 1888.) — Valeur thérapeutique de quelques nouveaux poisons cardiaques, par Lewaschew. (*Zeits. f. klin. Med.*, XVI, 1 et 2.) — De l'opium, étude historique, par Mendelsohn. (*Ibid.*, XVI, 1 et 2.) — Jaborandi, par Ch. Debierre. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XVI.)—Du kamala, sa valeur ténifuge, par Degrenaud. (*Thèse Montpellier*, n° 44.) — Valeur diététique et thérapeutique de la noix de kola, par Firth. (*Practitioner*, juillet.) — Des nouveaux diurétiques végétaux, pêche, fleurs de fève, chimaphila umbellata, par Egasse. (*Bull. génér. de thérap.*, 30 avril.) — Eschscholtzia Californica. La pyrodine, par Chéron. (*Union médicale*, 30 avril.) — Le Jatropha Curcas ou Pignon d'Inde, par Décotte. (*Thèse Montpellier*, n° 48.) — De l'action hémostatique de l'ortie blanche, par Jacquemet. (*Montpellier médic.*, n° 2.) — Action physiologique de l'Hedwigia balsamifera (Vulgo Bois cochon sucrier de montagne), par Gaucher, Combemale et Marestang. (*Ibid.*, novembre 1888.)—Emploi thérapeutique de la chino-iodine, par Buffalini. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 9.) — De l'emploi des préparations d'hydrastis canadensis en médecine, par Cabanes. (*Thèse de Paris*, 5 juin.) — Les indications thérapeutiques du veratrum viride, par Liégeois. (*Rev. génér. de clin.*, 30 mai.) — La caféine dans les états adynamiques, par Huchard. (*Ibid.*, 20 juin.) — La caféine, action tonique et excitante des injections sous-cutanées, par Amat. (*Thèse de Paris*, 3 juillet.) — Sur quelques hémostatiques pulmonaires, par Olivia. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 1.) — De la cocaïne et de ses accidents, par Delbosc. (*Thèse de Paris*, 12 juin.) — Le chlorhydrate de cocaïne en chirurgie, par Pourtal. (*Thèse Montpellier*, n° 22.) —A propos de la cocaïne, par Roux. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 85, fév.) — Action physiologique de la strophantine, par Popper. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 1 et 2.) — Le strophantus dans les maladies du cœur, par Ayoubian. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Contribution à l'étude du strophantus, par Tauty. (*Thèse de Bordeaux*, n° 32.) — Sur l'action du sulfonal, par Schmey. (*Thurap. Monats.*, p. 319.) — Sur l'emploi du sulfonal, par G. Munder. (*Ibid.*, p. 319.) — Contribution à l'étude des nouveaux médicaments : la phénacétine et le sulfonal, par A. Ott. (*Prag. med. Wochens.*, n° 40.) — Effets thérapeutiques du sulfonal, par Mairet. — Même sujet, par Mossé. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 12.) — Action du sulfonal chez les aliénés, par Paschoud et Claret. (*Rev. méd. Suisse romande*, IX, p. 104, fév.) — Action

du sulfonal, par PERREGAUX. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 129, 15 fév.) — L'emploi du sulfonal, par WATSON. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Etude clinique de la paraldéhyde et du sulfonal, par HAY. (*Amer. Journ. of med. sc.*, juillet.) — Quelques effets du sulfonal chez les aliénés, par BUTSCHINSKAIA. (*Vratch*, nº 17.) — Le sulfonal comme médicament hypnotique, par SALVETAT. (*Thèse Montpellier*, nº 13.) — Contribution à l'étude du sulfonal, par BONNEFOY. (*Ibid.*, nº 43.) — Action physiologique et thérapeutique de l'ural, par POPPI. (*Bull. d. sc. med.*, janvier.) — Contribution à l'étude de l'antipyrine comme médicament nervin, par BONAMAISON. (*Montpellier méd.*, X, nº 8.) — Remarques sur l'emploi de l'antipyrine, par DELOU. (*Ibid.*, juin 1888.) — Antipyrine cause d'élancements douloureux dans les seins (1 gramme contre migraine qui disparaît, tandis que les douleurs mammaires survenues au bout de quelques minutes durent une heure et demie), par VÖGTLI. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 32, 1 fév.) — De l'antifébrine dans les maladies fèbriles, par EDEMSKY. (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1888.) — Antipyrine et esprit doux de nitre, par J. A. MILLER. (*Buffalo med. and surg. Journ.*, p. 453, mars.) — Effets thérapeutiques de la phénacétine, par HOPPE. (*Therap. Monats.*, avril 1888.) — Bibliographie concernant le traitement de la toux par la résorcine. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 2.) — Les composés naphtoliques en médecine, par VILLE. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 25, 1888.) — De la créoline et de son emploi, par HENLE. (*Archiv f. Hygiene*, IX, 2.) — Nitroglycérine pour remplacer l'alcool dans les cas d'urgence, par BURROUGHS. (*Lancet*, 22 juin.) — De l'action physiologique et thérapeutique de la méthylacétanilide (exalgine), par GAUDINEAU. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Emploi de la paraldéhyde dans l'insomnie et le délire, par SYMPSON. (*Practitioner*, juillet.) — Action de l'oxygène en thérapeutique, par SACCHI et PURGOTTI. (*Gaz. d. Ospit.*, nº 19.) — Valeur thérapeutique de l'oxygène, par GILMAN THOMPSON. (*New York Acad. of Med.*, 16 mai.) — Sur la question de la valeur anti-tuberculeuse de l'iodoforme, par PILHER. (*Amer. surg. Assoc.*, 16 mai.) — De l'iodoforme (Revue générale), par A. VAN ARSDALE. (*Annals of Surgery*, p. 202, mars.) — Emploi thérapeutique du fluorure de bore, par GALLOIS. (*Ann. de l'enseign. supér., Grenoble*, I, 4.) — Du calomel à doses massives dans la pneumonie et le croup, par STRONG. (*New York med record*, p. 291, 16 mars.) — Du savon au sublimé, par PELLIZZARI. (*Sperimentale*, mai.)

Thorax. — Recherches sur les affections du médiastin, par COHEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 1 et 2.) — De la médiastinite suppurée, par JANDER. (*Inaug. diss., Breslau.*) — Poitrine, anat., par P. SEBILLEAU; path. chir., par PICQUÉ. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXV.)

Thrombose. — Thrombose des sinus cérébraux, par DAMANIA. (*Lancet*, 6 avril.) — Thrombose de l'aorte, par PITT. (*Pathol. Soc. of London*, 21 mai.) — Thrombose de la veine mésaraïque. Signes d'occlusion intestinale, par R. PILLIET. (*Soc. Anat.*, p. 197.)

Thyroïde. — Un cas de glande thyroïde accessoire dans la langue, par WOLF. (18e *Cong. chir. allem. Cent. f. Chir.*, nº 29.) — Nouvelles recherches sur le corps thyroïde, par MUNK. (*Acad. des sc. de Berlin*, XL, 1888, et *Cent. f. klin. Med.*, 19 janv.) — Physiologie du corps thyroïde, par GRUTZNER. (*Deut. med. Wochens.*, nº 1, p. 9.) — Goitre, deux cas, par POTHERAT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 193, mars.) — Du goitre suffocant, rétro-sternal, par GIROD. (*Thèse Montpellier*, nº 36.) — Deux cas de tumeur maligne de la thyroïde, par HUTCHINSON. (*Brit. med. Journ.*, 20 juillet.) — Sarcome de la glande thyroïde, par S. SOLIS COHEN. (*Amer. laryng. Assoc.*, 31 mai.)

Expériences sur la physiologie pathologique de la cachexie thyroïdienne, par Herzen (réfutation de Munk). (*Rev. médic. Suisse romande,* IX, 105, fév.) — Recherches expérimentales sur les effets de l'extirpation du corps thyroïde, par Drobnick. (*Arch. f. experim. Pathol. und Pharmakol.*, XXV, 2, p. 136.) — Paralysies bulbaires dans la maladie de Basedow, par Grasset. (*Gaz. hebd. Montpellier,* p. 3.) — Goitre exophtalmique; attaques convulsives, troubles oculaires, par Chevalier. (*Gaz. hebd. Montpellier,* nº 22.) — Des relations du goitre exophtalmique et du tabes, par Lemoine. (*Gaz. méd. Paris,* 6 mai.) — Un cas de guérison de goitre exophtalmique, par Gérin Roze. (*Soc. méd. des hôp.,* 8 mars.)— Traitement de la maladie de Basedow, par Schott. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 241, 18 mars.) — Traitement du goitre exophtalmique, électrolyse, par Lacaille. (*Soc. de méd. prat.,* 23 mai.) — Sur le traitement chirurgical du goitre exophtalmique, par Audry. (*Bull. méd.,* 5 juin.)

Torticolis. — De la section à ciel ouvert des tendons du sterno-cleïdo-mastoïdien dans le traitement du torticolis musculaire chronique, par Bedard. (*Gaz. méd. Paris,* 6 avril.)

Trachée. — Un cas d'ossification de la muqueuse de la trachée et des grosses bronches, par Rudolf Heymann. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXVI, Heft 2.) — Conducteur courbe pour la trachéotomie, par Ashhurst. (*Philad. Acad. of surgery,* 6 mai.) — A propos de la trachéotomie et du croup par Torsellini. (*Boll. d. mal. dell' orecchio,* VII, nº 4.) — Le traitement consécutif de la trachéotomie dans la diphtérie, par Cheable. (*Lancet,* 15 juin.) — Traitement des rétrécissements par granulome de la trachée après la trachéotomie, par Köstlin. (*Bruns Beiträge zur klin. Chir., Tubingue,* IV, 2.) — Sur les hémorragies mortelles consécutives à la trachéotomie, par Ganghofner. (*Pragr. med. Wochens.*, 17 avril.) — Des hémorragies mortelles par ulcération du tronc brachio-céphalique après la trachéotomie, par Ganghofner. (*Ibid.*, 17 avril.)

Transfusion. — Leçons sur la transfusion, par Hunter. (*Brit. med. Journ.*, 20 juillet.)

Trépanation. — Trépanation pour les tumeurs du cerveau, par Fischér. (18ᵉ *Cong. chir. allem.*, *Cent. f. Chir.*, nº 29.) — Trois cas de trépanation, par Hoffman. (*Ibid.*) — Trépanation du crâne, replacement de la rondelle osseuse, par Kuester. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 195, 4 mars.) — Hémorragie méningée traumatique, sans fracture du crâne, trépanation, ablation du caillot, guérison, par Croft. (*Lancet,* 17 janv.) — Hémorragie sus et sous-méningée traumatique, localisation de l'épanchement, trépanation, mort, par Bellamy. (*Ibid.*, 15 juin.) — Coma dû à un abcès cérébral, trépanation, mort, par Sheild. (*Ibid.*, 15 juin.)

Tremblement. — Le diagnostic séméiologique du tremblement, par G. Preston. (*New York med. record,* p. 313, 30 mars.)

Tuberculose. — Surveillance des abattoirs, élimination de la consommation des viandes suspectes, principes qui doivent diriger les vétérinaires inspecteurs dans les saisies, par Baillet. (1ᵉʳ *Cong. de la tuberculose,* p. 87.) — Quelques mots de réponse, par Veyssière. (p. 96.) — Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux, moyens de les prévenir, par Butel (p. 100.) — Moyens d'empêcher la propagation de la tuberculose bovine, par Grissonnanche (p. 106). — Fréquence de la tuberculose chez les animaux d'espèce bovine dans les Hautes-Vosges, par Spillmann (p. 108.) — De la mauvaise alimentation dans les

établissements publics, par Lefèvre (p. 110.) — Sur la saisie totale des viandes tuberculeuses, par Aureggis (p. 111.) — Quelques remarques à propos de l'inscription de la tuberculose dans la nomenclature des maladies contagieuses visées par la loi sanitaire du 21 juillet 1881, par Rossignol (p. 116.) — Sur le principe de l'indemnité en cas de saisie, par Larmet (p. 118.) — Sur le principe de la saisie à la ville et à la campagne, par Thierry (p. 120.) — Sur la saisie des viandes tuberculeuses à Paris, par Villain (p. 121.) — Sur les saisies de viande pour cause de tuberculose, par Veyssière (p. 122.) — De la fréquence de la tuberculose chez les animaux de l'espèce bovine tués à l'abattoir de la ville de Montauban, par Guiraud (p. 126.) — Sur la tuberculose animale en Hollande, par Thomassen (p. 128.) — Sur le danger et la saisie des animaux tuberculeux, par von Hertsen (p. 130.) — Nécessité de la saisie totale, par Robinson (p. 134.) — Sur la tuberculose en Grande-Bretagne et ses colonies et les moyens de la prévenir, par Cope (p. 136.)—Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et des viscères des volailles tuberculeuses, par Moulé (p. 139.) — Nécessité d'étendre la méthode expérimentale sur la transmission de la tuberculose par l'ingestion stomacale, par Dionis des Carrières (p. 143.) — A propos des dangers que présente l'ingestion du sang frais employé comme agent thérapeutique, par Guinard (p. 146.) — De l'emploi de la viande crue pour l'alimentation des tuberculeux, par Hureau de Villeneuve (p. 151.) — Notes et questions sur la tuberculose, à propos de ses divers modes de contagion, par Cartier (p. 153.) — Transmission de la tuberculose par la vaccination, par Degive (p. 157.)— Quelques renseignements sur la tuberculose au Chili, par Aguirre (p. 159.) — Contribution à l'étude de la tuberculose en Asie Mineure, la phtisie en Cappadoce et dans une tribu nomade nommée Avchare, par Robinson (p. 168.) — Evolution et thérapeutique de la tuberculose dans un milieu salubre, à Belle-Isle-en-Mer, par Calmette (p. 179.) — Existe-t-il, chez l'espèce bovine, une corrélation entre l'aptitude à la lactation et l'aptitude à la tuberculose, par Robin (p. 183.)—Sur le développement de la tuberculose après l'introduction dans l'organisme des bacilles tuberculeux par le tube digestif et par le vagin, par Dobroklowsky (p. 265.) — La conséquence d'une inoculation par piqûre anatomique du virus tuberculeux, par Torkomian (p. 268.) — Sur deux cas d'inoculation tuberculeuse chez l'homme, traitement préventif de la généralisation de la tuberculose, par Tscherning (p. 275.) — Des voies d'introduction du virus tuberculeux, appareils digestif et respiratoire, par Butel (p. 290.) — De la contagion par cohabitation chez les animaux, par Trasbot (p. 295.) — De la prophylaxie de la tuberculose d'origine alimentaire par la création d'un service d'inspection des vacheries industrielles, par Laquerrière (p. 298.) — Des voies de propagation des bacilles de la tuberculose, par de Toma (p. 318.)—De l'inoculation secondaire de la peau par des foyers tuberculeux sous-cutanés et profonds, par Jeanselme (p. 338.) — Sur la généralisation de la tuberculose expérimentale, par Jeannel (p. 351.) — La micro-polyadénopathie considérée comme indice de tuberlose profonde chez les enfants, par Legroux (p. 400.) — De la glycogénie et de la glycémie chez les tuberculeux, par Quinquaud (p. 443.) — Hérédité tuberculeuse paternelle, multiléthalité fœtale chez les époux tuberculeux, par Landouzy (p. 482.) — Sur quelques faits d'observation relatifs à l'hérédité et à la contagion de la tuberculose, par Ferrand (p. 486.) — De l'influence de la tuberculose paternelle sur le développement du fœtus, par La Torre (p. 489.) — Les familles des tuberculeux, de leurs états pathologiques habituels, du terrain tuberculisable, par Ricochon (p. 493.) — Hérédité de la tuberculose chez le cobaye, par Solles (p. 532.) — Hérédité de la tuberculose animale, par Galtier (p. 535.)— *Idem*, par Bang, Malvoz (p. 536, 538.) — Sur les associations bactériennes de la tuberculose, par

BABES (p. 542.) — Sur la concurrence vitale du bacille de la tuberculose, par BABES (p. 561.) — Une culture verte, aromatique et pathogène du poumon tuberculeux, par SOLLES (p. 563.) — Un cas de tuberculose du maxillaire supérieur, par LE DENTU (p. 569.)—Sur la caséo-tuberculose des ganglions lymphatiques et leur traitement, par DURET (p. 575.) — De l'intervention chirurgicale dans les arthrites et ostéo-arthrites tuberculeuses des articulations tibio-tarsiennes et du pied chez l'enfant, par REDARD (p. 580.) — Traitement des manifestations externes de la tuberculose, par BARETTE (p. 586.) — Rapport entre la tuberculose et les actes chirurgicaux, par ROUTIER (p. 611.) — Etiologie de certaines douleurs persistantes des moignons chez les tuberculeux, par GUINARD (p. 615.) — Traitement des tuberculoses locales par les solutions d'acide fluorhydrique, par QUÉNU (p. 618.) — Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses, par VARGAS (p. 619.) — Traitement de la tuberculose par les sels de cuivre, par LUTON (p. 637); — par la respiration suboxygénée, par VALENZUELA (p. 653); — par l'acide fluorhydrique, par RAIMONDI (p. 661); — par l'acide borique, par SCHOULL (p. 663)— ; par la térébenthine, par BRÉMOND (p. 678.) — L'antisepsie pulmonaire par les injections sous-cutanées d'arsenic et d'eucalyptol, par ROUSSEL (p. 682.) — Innocuité des poussières de chaux hydraulique dans les voies respiratoires et de leur emploi possible dans les phtisies pulmonaire et laryngée, par MOUGEOT (p. 689.) — Sur le développement et la thérapeutique de la tuberculose, par CHASSINAT (p. 695.)— De l'importance de l'hygiène dans la tuberculose, par CALLIAS (p. 703.) — Etude statistique sur la marche et les localisations de la tuberculose dans la ville de Limoges, par BOULLAND (p. 704.) — Sur la prophylaxie de la tuberculose, rapport au bureau d'hygiène, par BIGGS, PRUDDEN et LOOMIS. (*Med. News*, 8 juin.) — L'étiologie et la prophylaxie des maladies tuberculeuses, par WILSON. (*Med. News,* 8 juin.) — Sur une nouvelle tuberculose bacillaire, d'origine bovine, par COURMONT. (*Acad. des sciences*, 22 juillet.) — Portes d'entrée du bacille tuberculeux et résistance de l'organisme, par KIENER. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 45, 1888.) — De la présence du bacille tuberculeux à la surface du corps des phtisiques, par DI MATTEI. (*Bull. reali Accad. med. Roma*, n° 1, p. 61.) — Du bacille tuberculeux au point de vue de l'étiologie de la phtisie, par JAMES. (*New York Acad. of Med.*, 2 mai.) — Influence de la théorie microbienne sur le traitement de la phtisie, par THOMSON. (*Ibid.*) — Transmission de la tuberculose de la mère au fœtus, par SANCHEZ-TOLEDO. (*Arch. de méd. expér.*, I, n° 4.) — De l'hérédité de la tuberculose, par HUTINEL. (*Semaine médic.,* 10 juillet.) — La diffusion de la tuberculose par contagion, par COSGRAVE. (*Roy. Acad. of med. in Ireland,* 26 avril.) — Sur la contagion de la tuberculose par les crachats, par PETRESCO. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, sept. 1888.) — Recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats, par BERGONZINI. (*Rassegna di sc. med.,* fév.) — De l'inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds, par CRONIER. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Tuméfactions ganglionnaires tuberculeuses par inhalation de bacilles tuberculeux chez le chien, par CORNET. (18e *Cong. chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 29.) — La phtisie pulmonaire considérée comme une névrose; par MAYS. (*Therap. Gaz.,* nov. 1888 et *Med. News*, 25 mai.) — Tuberculose chez les vertébrés, par SIBLEY. (*Journ. of Anat.*, juillet.) — Tuberculose infantile à manifestations multiples, par FEULARD. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 5, p. 445.) — Valeur séméiologique de la compression de pneumogastrique dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, le clou phymique, par FILLEAU. (*Ann. de la Tuberculose,* I, n° 1.)— De la tuberculose sous quelques-unes de ses formes chirurgicales, par H. MARSH. (*Brit. med. Journ.*, 13 juillet.) — Quelques formes de tuberculose pulmonaire, par LANCEREAUX. (*Gaz. des hôp.,* 14 mai.)—Des amyotrophies

chez les tuberculeux, par Benoit. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Les troubles intestinaux chez les tuberculeux, par Potain. (*Union médic.*, 30 mars.) — De la tuberculose cutanée, par Pick. (*Prager med. Wochens.*, n° 19.) — Ulcérations tuberculeuses de la bouche, par Morel-Lavallée. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 457.) — Tubercules cutanés multiples avec gommes scrofulo-tuberculeuses chez un garçon de six ans et demi, par Comby, (*Ibid.*. X, n° 5, p. 456.) — Principes du traitement de la tuberculose pulmonaire, remarques sur l'étiologie, par Biggs. (*Buffalo med. Journ.*, juin.) — Traitement de la tuberculose, par Cazaux. (*Soc. de méd. prat.*, 6 juin.) — Principales indications et contradictions de quelques stations minérales et climatériques françaises dans le traitement curatif et prophylactique de la tuberculose pulmonaire, par Lamarque. (*Thèse de Paris*, 19 juin.) — L'établissement de cottages pour le traitement de la phtisie dans le Colorado, par Fisk. (*Med. News*, 4 mai.) — De la cure d'air d'altitude combinée avec la cure thermale du Mont-Dore dans la phtisie pulmonaire, par Emond. (*Bull. génér. de thér.*, 15 mai.) — L'acide fluorhydrique dans ses applications au traitement de la tuberculose pulmonaire, par Ampugnani et Sciolla. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 2.) — Etude sur les diverses médications de la tuberculose pulmonaire et sur le traitement par les inhalations d'acide fluorhydrique en particulier, par V. Gilbert. (*Thèse Genève.*) — La valeur des inhalations d'acide fluorhydrique dans la phtisie pulmonaire, par Polyak. (*Wien. med. Presse*, n° 5, p. 177, et *Soc. de Budapesth.*, 26 janv.) — Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par Brunet. (*Thèse de Paris*, 20 juin.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote, par Holm. (*Therap. Monats.*, mai.) — La créosote dans la phtisie, par Rodais. (*Union médicale*, 28 mai.) — Des injections intrapulmonaires de naphtol camphré dans la tuberculose pulmonaire, par Fernet. (*Soc. de Thérap.*, 10 juillet.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'air surchauffé, par Eiger. (*Rev. d'hyg. thérap.*, juin.) — De la phtisie pulmonaire et de sa guérison par les inhalations d'air surchauffé, par Veigert, traduct. de Hertoghe. (Brochure, *Bruxelles.*) — De la phtisie pulmonaire, par Jaccoud. (*Semaine médicale*, 29 mai.) — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose, par Forgue. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 20 et seq.) — Chirurgie conservatrice dans la tuberculose du pied, par Guitton. (*Thèse Montpellier*, n° 47.) — Traitement de la tuberculose vertébrale, par Forgue. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 3.) — Traitement des ostéites tuberculeuses par les injections d'éther iodoformé, par Dallinger. (*Cent. f. Chir.*, n° 20.) — Emploi mercuriel dans les affections tuberculeuses des os et des synoviales, par Bresson. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.)

Tumeur. — Les tumeurs chez les animaux, essai de pathologie comparée, par Plicque. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Double observation de tumeurs encéphaloïdes du testicule et du fémur droit chez le même malade, par Lafitte. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 12 mai.) — Diagnostic précoce des tumeurs malignes, par Warren. (*Amer. surg. Assoc.*, 15 mai.)

Typhoïde (Fièvre). — Du signe diagnostique d'Ehrlich dans la fièvre typhoïde, par Taylor. (*Lancet*, 4 mai.) — Recherches sur la présence du bacille typhique dans les déjections des typhiques, par Karlinski. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 3.) — D'un mode de propagation de la fièvre typhoïde, par Auger. (*Normandie médic.*, 1er mai.) — Epidémie de fièvre typhoïde dans un village des Hautes-Pyrénées, par Bordes (propagation par eau potable). (*Ann. d'hyg. publiq.*, p. 118, février.) — La fièvre typhoïde au Sénégal, par Roussin. (*Thèse Montpellier*, n° 14.) — Statistique avec notes cliniques sur la fièvre typhoïde portant sur 871 cas observés pendant 10 ans, par

Sorel. (*Soc. méd. des hôpit.*, 10 mai.) — Sur l'étiologie d'une épidémie de fièvre typhoïde (eau) à Bourg-en-Bresse, par Passerat. (*Lyon médical*, 23 janv.) — Formes atténuées de la fièvre typhoïde, par Gordon Martins. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Forme abortive de la fièvre typhoïde, par Gaziglia. (*Thèse Montpellier*, n° 6.) — En dégageant de la fièvre typhoïde les symptômes qui proviennent des intoxications secondaires ne pourrait-on pas décrire un type normal de cette maladie, par Sudre. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Evolution simultanée de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives, rougeole et scarlatine, par Estève. (*Ibid.*, 18 juillet.) — Fièvre typhoïde sudorale, par Decouteix. (*Ibid.*, 25 juillet.) — Deux cas de fièvre typhoïde durant la grossesse, par Jaggard. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 317, 2 mars.) — Mort subite dans la fièvre typhoïde, par Mac Phedran. (*Med. News*, 4 mai.) — Mort subite dans le cours d'une fièvre typhoïde par hémorragie du bulbe, par Libouroux. (*Gaz. hebd. sc. médic., Bordeaux*, 5 mai.) — Fièvre typhoïde, œdème de la glotte, trachéotomie, guérison, par Stolterfoth. (*Lancet*, 6 avril.) — L'emploi de l'antifébrine comme traitement rationnel de la fièvre typhoïde, par Giorgieri. (*Gaz. med. di Torino*, n° 7.) — Le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau fraîche, par Simon Baruch. (*New York med. record*, p. 434, 20 avril.) — Chlorures et phosphates dans la fièvre typhoïde, par Duprat. (*Thèse Montpellier*, nov. 1888.) — Le traitement de la fièvre typhoïde, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 18 juillet.) — Phénol dans la fièvre typhoïde, par Pope. (*Lancet*, 13 avril.) — Laparotomie pour ulcère typhique avec perforation, mort, par Senn. (*Med. News*, 8 juin.)

U

Ulcère. — Traitement des plaies de jambe et des ulcères variqueux, par Pochmann. (*Wien. med. Presse*, n° 3, p. 93.)

Urée. — Dosage de l'urée dans le sang et les muscles, par Gréhant et Quinquaud. (*Acad. des sc.*, 27 mai.)

Urémie. — De l'urémie digestive, par Sirot. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Urémie cérébrale simulant une lésion en foyer, par Dunin. (*Berl. klin. Woch.*, 18 février.) — Deux cas d'urémie avec hyperthermie, par Bouveret. (*Lyon méd.*, 19 mai.)

Urètre. — Étiologie des urétrites non blennorragiques, par Legrain. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — La bulbite urétrale, par Daunic. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Les microbes des écoulements de l'urètre, par Straus. (*Union médicale*, 2 mai.) — Rétrécissement spasmodique de l'urètre causé par une fissure anale, par Bangs. (*N. York med. Record.*, 26 janvier.) — Des accès de fièvre survenant comme complication de certains rétrécissements de l'urètre, par Dubuc. (*Union médicale*, 28 mars.) — Rétrécissement de l'urètre, échec de la dilatation lente et de la dilatation rapide, électrolyse linéaire, par Fort. (*Gaz. des hôp.*, 14 mai.) — Rétrécissement de l'urètre. Pyélonéphrite ascendante, par Willemin. (*Soc. anat.*, p. 183.) Bactériologie, par Cornil. (*Ibid.*, p. 184.) — Des raisons qui empêchent le traitement des rétrécissements par l'électrolyse de réussir dans toutes les mains, par Meier. (*Internat. Journ. of surgery*, oct. 1888, n° 4, p. 202.) — Rétrécissement de l'urètre, lavage de la vessie par la voie sus-pubienne comme complément de la ponction évacuatrice, par Berlin. (*Ann. mal. org.*

gén. urin., juillet.) — Sur un mode de traitement de certains rétrécissements cicatriciels de l'urètre, procédés de restauration autoplastique, par Delorme. (*Gaz. des hôp.*, 15 juin.) — Des tumeurs polypoïdes papillaires de l'urètre chez la femme, par Schwartz. (*Semaine méd.*, 5 juin.) — Hypospadias, par E. Gayraud. (*Dict. encycl., des sc. méd.*, 4e série, t. XV.) Contribution à l'hérédité de l'hypospadias, par Lesser. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXVI, Heft 3.)

Urinaires (Voies). — Leçons sur quelques affections des organes génito-urinaires, par Berkeley Hill. (*Lancet*, 29 juin.) — Physiologie pathologique de la rétention d'urine, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Incontinence d'urine chez une jeune fille guérie par l'électrisation de l'urètre, par Jamin. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Traitement de l'incontinence nocturne d'urine par les courants induits, par Picard. (*Soc. de méd. prat.*, 23 mai.) — Nouvelle opération pour la guérison de l'incontinence d'urine, par Gersuny. (*Cent. f. Chir.*, 22 juin.) — Suppression de l'urine durant douze jours par compression des uretères. Autopsie, par J. Farlow. (*Boston med. journ.*, 4 avril, p. 330.) — Traitement de quelques fistules urinaires chez l'homme, reins, uretères, vessie, par Verchère. (*Gaz. des hôp.*, 8 juin.)

Urine. — Des alcaloïdes de l'urine, par Godet. (*Thèse de Paris*, 12 juin). — Erreurs auxquelles expose le dosage direct de la potasse dans l'urine, sous forme de bitartrate de potasse, par A. Robin. (*Soc. de biologie*, 18 mai.) — Influence du phosphate de soude sur l'excrétion d'acide urique, par Haig. (*Royal med. and chir. Soc.*, 28 mai.) — Sur la détermination quantitative de l'acide urique, par Salkowski. (*Archiv f. path. Anat.*, Heft 3.) — Une nouvelle méthode pour déterminer approximativement l'albumine dans l'urine, par A. Christensen. (*Ibid.*, CXV, Heft 1.) — Analyse quantitative de l'urée de l'urine humaine au moyen de l'acide phosphorique, par E. Pflüger et L. Bleibtren. (*Archiv f. die gesammte Phys.* XLIV, p. 78.) — Remarques sur la comparaison et la critique des trois méthodes d'analyses de l'urée précédemment exposées, par E. Pflüger et L. Bleibtren. (*Ibid.*, XLIV, p. 113.) — Analyse de l'urée par la méthode de Bunsen dans son application à l'urine humaine, par E. Pflüger et L. Bleibtren. (*Ibid.*, XLIV, p. 36.) — Analyse quantitative de l'urée par ébullition dans un alcali caustique, par E. Pflüger et L. Bleibtren. (*Ibid.*, XLV, p. 57.) — Formation et présence de rouge d'indigo (indirubine) dans l'urine, par Rosin. (*Cent. f. klin. Med.*, 20 juillet.) — Sur l'excrétion diurne et nocturne d'urine, par Wilson. (*Lancet*, 29 juin.)

Utérus. — Méthode pour rendre graphiquement les contractions d'un utérus vide, par Heinricius. (*Finska läkar. Handlingar*, XXXI, n° 5.) — Stérilité, traitement, par Owterbridge. (*N. York med. Record*, 20 avril.) — Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus, par Blanc. (*Archives de tocol.*, mai.) — Inversion incomplète pendant l'accouchement, par Gayraud. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, 17, 1888.) — Rétroflexion chronique de l'utérus accompagnée de graves souffrances; cessation des accidents et guérison définitive par l'excision de la portion du col rétrofléchi, par Triaire. (*Gaz. des hôp.*, 28 mai.) — Hystéropexie pour prolapsus utérin, par Dumont. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Du traitement de la rétroversion utérine avec adhérences par le raccourcissement des ligaments ronds, par Gill Wylie. (*N. York med. Record*, p. 360, 30 mars.) — 4 cas de tamponnement contre l'atonie utérine, succès, par Eckerlein. (*Cent. f. Gynæk.*, 29 juin.) — Hématométrie, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 1888, n° 21.) — Cathétérisme aseptique chez la femme, par Chalot. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 30, 1888.) — L'influence du curage de l'utérus

sur les complications des endométrites, par Mlle Finkelstein. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Emploi de l'iodoforme dans le traitement de la métrite chronique, par Roux et Schnell. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Le tampon, sa valeur comme moyen de diagnostic dans l'endométrite chronique, par Schultze. (*Semaine méd.*, 15 mai.) — Endométrite aiguë, paramétrite; curettage et écouvillonnage. Guérison, par Chevallier et Rolland. (*Loire médicale*, 15 avril.) — Traitement local de l'endométrite chronique, par Dumontpallier. (*Gaz. des hôp.*, 11 juin.) — Quand et comment doit être pratiquée la dilatation non sanglante de l'utérus? par Siegfried Stocker. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 136, 1er mars.) — De l'emploi de la curette dans l'endométrite puerpérale, par Hansen. (*New York med. Record.*, p. 291, 16 mars.) — Salpingite tuberculeuse, par Dudefoy. (*Soc. anat.*, p. 195.) — Tuberculose primitive des trompes, du corps et du col de l'utérus, consécutive à un avortement, par Thiercelin. (*Soc. anat.*, p. 213.) — Double salpingo-ovarite tuberculeuse enlevée par la laparotomie, par Terrillon. (*Soc. anat.*, p. 77.) — Salpingite tuberculeuse, par Terrillon. (*Bull. méd.*, 10 juillet.) — Pathologie des trompes : 1° papillome des trompes, par Eberth et Kaltenbach; 2° pathogénie de la rupture de la trompe dans la grossesse, par Kaltenbach; 3° étiologie de la pyosalpingite, par Eberth et Kaltenbach. (*Zeit. f. Geburts*, XVI, 2.) — De la rupture de la pyosalpingite, par Veit. (*Zeit. f Geburts.*, XVI, 2.) — De la salpingite suppurée et son traitement, par Bolt. (*N. York med. Record.*, p. 245, 2 mars.) — Un cas de salpingite chronique végétante, par Sawinoff. (*Arch. f. Gyn.*, XXXIV, 2.) — Pathologie et traitement de l'hématocèle intra-péritonéale, par Roncaglia. (*Rassegna di sc. med.*, mars.) — Oophorectomie dans la salpingite blennorragique, par White. (*Brit. med. Journ.*, p. 285, février.) — De l'extirpation partielle des ovaires et des trompes, par Martin. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 343.) — 50 salpingo-ovarites traitées par la laparotomie, par Terrillon. (*Acad. de méd.*, 28 mai.) — Du traitement des salpingites, par Rizkallah. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — De la ligature des vaisseaux de l'utérus, par Gubaroff. (*Cent. f. Chir.*, 1er juin.) — 6 laparotomies pour affections kystiques des annexes utérines, par Mac Mordic. (*Lancet*, 19 janvier.) — De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachéloraphie et l'amputation du col de l'utérus, par Ducasse. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Fibrome utérin calcifié, par Poirier. (*Soc. anatom.*, p. 429.) — Petits fibromes du fond de l'utérus facilement énucléables, par Chaput. (*Soc. anat.*, p. 79.) — Tumeur fibro-kystique multiloculaire développée au milieu de l'isthme de l'utérus et ayant englobé l'utérus, les deux ovaires et les deux ligaments larges. Ablation, guérison, par Pearce. (*Journal of amer. Soc.*, 30 mars, p. 444.) — Tumeur, probablement d'origine utérine, fixée au petit intestin, enlevée par la laparotomie, par J. Packard. (*Journal of amer. Assoc.*, p. 176.) — Polype utérin avec tubercules, par Zahn. (*Archiv f. path. Anat.*, CXV, Heft. 1.) — Diagnostic et traitement des petits fibro-myomes utérins sous-muqueux, par Smyly. (*Royal. of med. in Ireland*, 24 mai.) — Complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches par les fibro-myomes utérins, par Pantzer. (*Inaug. Diss. Halle*, 1888.) — Un cas de fibro-myome utérin intrapariétal du volume d'une tête d'enfant. Traitement par la méthode d'Apostoli, énucléation, par Fischel. (*Cent. f. Gynæk.*, 29 juin.) — La méthode d'Apostoli de traitement des fibromes utérins, par Bigelow. (*Med. News.*, 18 mai.) — Du traitement palliatif du corps fibreux par les courants continus à intermittence rythmée, par Amiard. (*Thèse de Paris*, 6 juin.) — Traitement électrique des corps fibreux de l'utérus, par E. Nœggerath. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 151, 25 février.) — Du traitement des tumeurs utérines par l'électricité, par Keith. (*Brit. med. Journ.*, 8 juin.) — Myomotomie abdominale. Mort le neuvième jour, par thromboses veineuses et embolies

pulmonaires, par Wyder. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aertze*, p. 173, 15 mars.) — Utérus kystique, hystérectomie abdominale, par Tillaux. (*Ann. de gynécol.*, juillet.) — Ablation par la voie vaginale de fibromes volumineux interstitiels de l'utérus à large base d'implantation, par Terrillon. (*Gaz. des hôp.*, 21 mai.) — Le diagnostic précoce du cancer du col utérin, par Coe. (*N. York med. Rec.*, 9 février.) — Insuffisance mitrale et épithélioma ulcéré du col utérin, par Tison. (*Soc. anat.*, p. 285.) — Cancer de l'utérus et des ovaires, péritonite chronique avec épanchement cloisonné en ayant imposé au début pour un kyste de l'ovaire, par Bret. (*Province méd.*, 25 mai.) — Cancer de la trompe et du corps de l'utérus. Hystérectomie abdominale, récidive, par Polaillon. (*Union médicale*, 9 mai.) — Sarcome fasciculé intra-utérin. Amputation sus-vaginale de l'utérus et des annexes, par Largeau. (*Soc. anat.*, p. 360.) — Extirpation vaginale de l'utérus, par Whötz. (*Hospitals-Tidende*, n° 1.) — 5 cas d'extirpation totale de l'utérus par la méthode de Freund, par Uspenski. (*Zeit. f. Geburts.*, XVI, 2.) — Un cas de rupture de l'utérus dans un avortement au sixième mois de la grossesse, par O. Piering. (*Prag. med. Wochenschr.*, n° 24, 1888.) — Déchirures du col utérin, pathogénie de leurs complications, par Pascault. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.)

V

Vaccin. — Traité pratique de la vaccination animale, par Layet. (In-8°, *Paris.*) — Le service de la vaccination dans les Vosges, ce qu'il est, ce qu'il devrait être, par Lardier. (*Bull. méd. des Vosges*, avril.) — Service de vaccine de la ville de Lyon. Compte rendu général des opérations du service depuis son organisation jusqu'en 1888, par Boyer. (In-4°, 32 p., *Lyon.*) — Résultats des vaccinations et revaccinations opérées dans les écoles et crèches de Montpellier, par Saussol. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 8.) — Epidémie de cowpox dans le comté de Sussex, par Collins. (*Lancet*, 8 juin.) — Vésicule vaccinale sur la langue, par Buckell. (*Brit. med. Journ.*, 22 juin.) — L'immunité après lésion locale, par Charrin. (*Soc. biologie*, 4 mai.)

Vagin. Deux cas de cloison transverse du vagin, par Cullingworth. (*Lancet*, 13 avril.) — Vaginite granuleuse en dehors de la grossesse, par Martres. (*Thèse Montpellier*, n° 23.) — Restauration du conduit vulvo-vagino-utérin à la suite de désordres graves produits par un accouchement, par J. Rendu. (*Lyon méd.*, 16 juin.) — Sur un nouveau cas d'ulcère rond, simple, du vagin, par Zahn. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXV, heft 1.) — Déchirures vagino-périnéales, par Ardhoui. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Déchirures et abcès du vagin dans le travail, par Duncan. (*Obst. Soc. of London*, 3 juillet.) — Des kystes du vagin, par Poupinel. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Des kystes du vagin, par Combes. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Epithélioma du vagin; ablation; guérison, par Arnold. (*Lancet*, 29 juin.)

Vaisseaux. — Remarques sur les corpuscules de Pacini dans la paroi des vaisseaux, par R. Thoma. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXVI, heft. 3.) — Sur le tracé cardiographique et la fermeture des valvules de l'aorte, par Léon Fredericq. (*Centralblatt für Physiologie*, 1888, p. 1.) — Sur la pulsation de l'aorte chez l'homme, par J. Héricourt et H. de Varigny. (*Ibid.*, 1888, p. 81.) — Recherches sur l'innervation des vaisseaux, par Piotrowski. (*Centralbl. f. kl. Med.*, 26 janv.)

Varice. — Des varices du membre inférieur, par Bennett. (*Lancet*, 1er juin.) — De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum, par Tillaux. (*Tribune méd.*, 18 avril.) — Impuissance congénitale guérie par l'opération d'un varicocèle, par Jamin. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — La variole à Catane 1887-88-89, par Zappala. (*Broch. Catane.*) — De la variole contractée par le fœtus dans la cavité utérine, par Mlle Margoulieff (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Statistique de l'épidémie de variole de 1885-86 dans le canton de Zurich; influence de la vaccination, par E. Müller. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 91, 1er février.) — La variole aux Matelles. Les moyens de résister à l'inoculation variolique, par A. Mossé. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 1888, nº 13.) — Epidémie de variole à Montpellier, par Saussol. (*Ibid.*, nos 40 et 43; 1888.) — Résultats favorables de la médication éthérée-opiacée dans l'épidémie d'Aniane (Hérault), par Rouveyrolis. (*Ibid.*, nº 17.) — Le traitement aseptique de la variole, par Bianchi. (*Sperimentale*, juin.)

Veine. — Persistance de la veine-cave supérieure gauche, la droite étant réduite à un cordon fibreux, par Charles. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Veine porte. Anatomie, par L. Testut; pathologie, par G.-H. Roger. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, XXVI.) — Phlébite de la veine fémorale; mort, par Richet. (*Gaz. des hôp.*, 27 juin.)

Venin. — Altération spéciale des globules rouges produite par le venin du scorpion d'Europe, par Savarelli. (*Centralbl. f. klin. Med.* nº 9.)

Vessie. — Les névralgies vésicales, par Hartmann. (*Gaz. des hôp.*, 20 juillet.) — Traitement de certaines affections chroniques de la vessie par le raclage et l'écouvillonnage, par Bazy. (*Semaine méd.*, 26 juin.) — Sur la valeur et l'importance de la ponction aspiratrice de la vessie, par Rosenberger. (*Cent. f. Chir.*, nº 47, 1888.) — De l'endoscopie dans les tumeurs de la vessie, par Southam. (*Lancet*, 13 avril.) — De l'irrigation de la vessie avec la cystoscopie, par Cruise. (*Lancet*, 23 fév.) — Ulcération tuberculeuse de la vessie; détails cliniques peu usuels, par Philip. (*Americ. Journ. of med. sc.*, juillet.) — Un cas de tuberculose de la vessie, par Malaspina. (*Gaz. d. ospit.*, nº 10.) — Sur l'accroissement des polypes de la vessie, par Tschistowitsch. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXV, Heft 2.) — Sarcome de la vessie; incontinence d'urine; taille périnéale et sus-pubienne; dix-huit mois sans récidive, par Whitehead. (*Lancet*, 23 fév.) — Observations de pathologie chirurgicale des organes génito-urinaires (néphrectomie, néphrolithotomie. Lithotritie rapide et complète des calculs de la vessie), par Tédenat. (*Montpellier médical*, 16 janvier.) — De la formation des calculs, par Posner. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 1 et 2.) — Calcul vésical et hypertrophie splénique, par Williams. (*N. York med. Journ.*, 22 sept. 1888.) — Extraction des corps étrangers de la vessie chez la femme par la dilatation de l'urètre, par Boulays. (*Thèse Montpellier*, nº 27.) — Des lithotriteurs et de leur usage, par Picard. (*Progrès médical*, 13 avril.) — Calcul vésical par corps étranger; lithotripsie, guérison, par Zappala. (*Progresso med.*, 15 juillet.) — Calcul volumineux et dur; enfant de 13 ans; litholapaxie, par Walsham. (*Lancet*, 8 juin.) — Calcul formé autour d'un corps étranger; taille sus-pubienne, par Adams. (*Lancet*, 22 juin.) — Taille vaginale chez une femme enceinte de six mois et demi; suture immédiate de la plaie; guérison; accouchement à terme, par Jacobson. (*Lancet*, 30 mars.) — Fétu de paille retiré de la vessie par la taille hypogastrique, par Picard et Boulanger. (*Soc. de méd. prat.*, 20 juin.) — De la cystotomie sus-pubienne dans un cas d'hypertrophie prostatique sénile, par T. Richardson. (*New-York med. Record.*, p. 267, 9 mars.) — Sur la taille hypogastrique par le procédé d'Annaudale, par Gayraud. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, nº 34, 1888.)

— Taille sus-pubienne pour l'ablation d'un cathéter, par Wood. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — Cystotomie sus-pubienne pour tumeur de la vessie, par Anderson. (*Clin. Soc. of London,* 10 mai.) — Blessures de la vessie pendant la laparotomie; relevé de 67 cas, par Reeves Jackson. (*Americ. med. Assoc.*, 26 juin.) — Résection partielle de la symphyse pour les opérations sur la vessie, par Helferich. (18e *Cong. chir. allem.*, avril.)

Vision. — Recherches sur les fonctions visuelles de la rétine et du cerveau, par Angelucci. (*Bull. d. Accad. di med. Roma,* n° 1.) — Causes des dérogations à la loi de Weber dans le cas des impressions lumineuses, par H. Ebbinghaus. (*Archiv für die gesammte Physiol.,* XLV, p. 113.) — Sur les plus petits changements de longueur d'onde de la lumière spectrale capables de provoquer une différence perceptible dans le ton de la couleur objective, par W. Uhthoff. (*Archiv für Physiologie,* p. 171.) — Les facteurs de la convergence des axes visuels, par A. Eugen Fick. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte,* p. 141, 1er mars.) — De l'acuité visuelle, par Imbert. (*Gaz. hebd. sc. med. Montpellier,* 1888, n° 19.) — Du mouvement apparent des objets associé au vertige, par Beevor. (*Opht. Soc. of unit. kingdom,* 13 juin.)

Vitré (Corps). — Opération de Mules, insertion d'un corps vitré artificiel, par Buller. (*Montreal med. chir. Soc.,* 17 mai.)

Vomissement. — Recherches sur le vomissement, par Musser. (*Americ. med. Assoc.*, 25 juin.) — Du salol contre les vomissements de l'indigestion et de la grossesse, par Mac Call. (*Med. News.*, 25 mai.)

X

Xanthome. — Xanthome glycosurique intermittent, par Besnier. (*Ann. de dermat.*, X, n° 5, p. 435.) — Xanthome, par H. Feulard et L. Wickham. (*Dict. encyclop. des sc. méd.,* 5e série, t. III.)

Xérodermie. — Trois cas de xérodermie pigmentaire, par Brown Hunter. (*Brit. med. Journ.*, 13 juillet.)

Z

Zona. — Zona, par H. Leroux. *Dict. encyclop. des sc. méd,* 5e série, t. III.) — Deux cas de zona gangreneux atypique, par Kaposi. (*Soc. des méd. de Vienne,* 15 fév.)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

DES TOMES XXIII ET XXIV.

(Année 1884.)

C

E

F

G

H

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Y

Z

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

J

K

L

N

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Z

Paris. — Soc. d'impr. PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 162.12.84.

